Nr. 15. 14. kwietnia 1935 Rok XIV.

# POLSKA GAZETA LEKARSKA

## WYKŁADY KLINICZNE.

Dr. Helena SCHUSTERÓWNA,
adjunkt Zakł. Anat. Pat. U. J. K. Lwów.

### Endometriosis i jej znaczenie w praktyce lekarskiej [1]).

*Endometriosis* jest to stan patologiczny, w którym stwierdza się ogniska błony śluzowej macicy wśród mięśnia macicy lub poza macicą w jej bliższem lub dalszem otoczeniu. Jeszcze doniedawna ogniska te, składające się z gruczołów, tkanki łącznej i mięśni, zaliczano do nowotworów, do gruczolakowłókniaków lub gruczolako-mięśniaków, a więc do guzów, w których wśród utkania mięśniakowego lub włókniakowego znajdują się twory nabłonkowe o typie gruczołowym, ogniska te uważano też za wadę rozwojową; w każdym razie sprawa nie była jasną i, jak pisze Rosner w swym podręczniku ginekologji, „ta dziwna sprawa chorobowa wymaga jeszcze licznych badań i dociekań". Dopiero badania ostatnich lat, i to przedewszystkiem badania anatomo-patologiczne, wykazały, że owe ogniska odpowiadają błonie śluzowej macicy nietylko pod względem histologicznym, lecz także pod względem czynnościowym. Pod względem czynnościowym znajduje się owa tkanka gruczołowa w ścisłej zależności od jajników, ulega — podobnie jak błona śluzowa macicy — zmianom cyklicznym pod wpływem pęcherzyka Graafa i ciałka żółtego, przechodzi zmiany doczesnowe podczas ciąży, jakoteż ulega zmianom wstecznym w klimakterjum, lub po trzebieniu Roentgenem. Stwierdzono zatem, że owe twory nabłonkowo-gruczołowe, tak postaciowo, jak czynnościowo, przedstawiają ogniska typowej błony śluzowej macicy, nie są zatem nowotworem, z drugiej strony zaś mogą one wykazywać pewną autonomję, mianowicie rozrost naciekowy, mogą dawać nawroty, a więc zachowywać się tak, jak nowotwory. Bujanie to nie ma jednak charakteru złośliwego. Endometrjoza przedstawia zatem schorzenie, stojące na pograniczu między sprawą nowotworową a rozrostową, zasługujące na specjalne wyróżnienie, albowiem różni się ono zasadniczo od powszechnie przyjętych prawideł bujania, czyto nowotworowego czy też rozrostowego. Schorzenie to jest opisane pod rozmaitemi mianami. Obok miana endometrjozy, przejętego z piśmiennictwa amerykańskiego, oznacza się je również mianem *adenosis, adenomyosis* lub *adenofibrosis endometroides*, po polsku możnaby je nazwać gruczolistością — w odróżnieniu od *adenomyoma*, gruczolako-mięśniaka, typowego nowotworu.

Endometrjoza budzi dzisiaj wielkie zainteresowanie nietylko z punktu widzenia teoretycznego, lecz również ze względów praktycznych. W ginekologji, chirurgji, a nawet w urologji nabiera ona coraz większego znaczenia i zaczyna być coraz częściej uwzględnianą w diagnostyce guzów, wychodzących nietylko z części rodnych kobiecych, ale również z dolnych okolic brzucha. Według Sampsona, gruczolistość jest jedną z najczęstszych schorzeń ginekologicznych u kobiet między 30 a 50 rokiem życia.

Skolei wspomnę przedewszystkiem o umiejscowieniu i wyglądzie makroskopowym ognisk heterotopijnych błony śluzowej macicy w gruczolistości, a następnie omówię ich budowę mikroskopową oraz poglądy na powstawanie tej niezmiernie interesującej sprawy chorobowej.

Jak już wspomniałam, występuje ona w samej macicy i poza obrębem macicy. W samej macicy ogniska adenomiozy mogą zajmować trzon macicy, szyjkę lub część pochwową, i to jej warstwę zewnętrzną lub też wewnętrzną *(adenomyosis interna et externa)*. Ogniska mogą być tak małe, że gołem okiem ich nie widać lub też mogą być większe; wtedy przedstawiają one rozlane zgrubienia, niewyraźnie od ściany macicy się odgraniczające i niedające się wyłuszczyć, w odróżnieniu od właściwych włókniako-mięśniaków. W tych zgrubieniach gołem okiem już są widoczne większe i mniejsze torbielki (gruczoły). Gruczolistość zewnętrzną i wewnętrzną stwierdza się również w trąbkach i to w ich cieśni *(pars isthmica)*. Poza macicą i trąbkami gruczolistość może powstać śród- lub zaotrzewnowo. Śródotrzewnowo są zajęte przedewszystkiem jajniki i więzadła macicy, własne więzadło jajnika, więzadło szerokie, więzadło krzyżowo-maciczne i śródotrzewnowa część więzadła obłego, następnie otrzewna ścienna miednicy małej i pewne odcinki jelita, jak wyrostek robaczkowy, esica, odbytnica i dolne części jelita czczego. Zaotrzewnowe ogniska endometrjozy mogą się znajdować w pochwie, w pęcherzu, w międzykroczu, w dole maciczno-odbytniczym i pęcherzowo-macicznym, w zaotrzewnowej części więzadła obłego, wreszcie w okolicy pępka, jakoteż w ścianie powłok brzusznych, mianowicie w bliznach po zabiegach operacyjnych. Co do częstości pojawiania się ognisk adenomiozy, to przedewszystkiem znajduje się je w wewnętrznych warstwach macicy, w torebkach, w jajnikach i w otrzewnej zagłębień macicznych. I tak stwierdził Osjakin adenomiozę macicy w 12% badanych przypadków, Nikulew 25%; De Josselin, de Jong i de Snoo na 89 operowanych macic spowodu innych przyczyn wykazali gruczolistość w trzynastu przypadkach, mimo, że te przypadki nie były badane dokładnie mikroskopowo. Co się tyczy jajników, to ostatnio wymienieni autorzy stwierdzili w nich endometrjozę w 70% przypadków, zaś Schmorl w 50%. Inne umiejscowienia są rzadsze i podaje się je jako przypadki kazuistyczne. Naprzykład Broksy opisuje guza endometrjotycznego w bliźnie powłok brzusznych, zestawiając przy sposobności 60 podobnych przypadków z piśmiennictwa. Tonkes podaje dwa interesujące guzki adenomiozy, histologicznie za życia zbadane, jeden wielkości czereśni, usadowiony w przegrodzie pochwowo-odbytniczej, który w czasie miesiączki krwawił do odbytnicy. Drugi, nieco większy z okolicy pępka, z którego po wycięciu macicy odbywały się regularnie co cztery tygodnie zastępcze krwawienia miesiączkowe. Podobnych przypadków opisanych jest w piśmiennictwie najnowszem coraz więcej, jednakże spowodu ograniczonego czasu nie mogę się dłużej nad niemi zatrzymywać.

Obraz mikroskopowy gruczolistości, niezależnie od miejsca jej powstania, przedstawia poszczególne ogniskowo ułożone nieregularne przewody i cewki gruczołowe, podłużnie lub poprzecznie przecięte, leżące przeważnie we własnem wiotkiem podścielisku tkanko-łącznowem. Gruczoły mogą się torbielowato rozszerzać, szczególnie charakterystyczne jest wianuszkowate ułożenie gruczołów dookoła przewodu gruczołowego, centralnie leżącego i torbielowato rozszerzonego. Pod wielkiem powiększeniem nabłonek wyścielający owe gruczoły wykazuje wszystkie cechy nabłonka błony śluzowej macicy. Jest on jednowarstwowy kostkowy lub wałeczkowaty, miejscami także rzęskowy. W częściach obficie gruczołowych, gruczoły mogą ulegać w rozmaitym stopniu przerostowi i rozrostowi tak, jak gruczoły macicy. W świetle gruczołów stwierdza się niekiedy złuszczone nabłonki, ciałka czerwone krwi, limfo- i leukocyty lub też wydzielinę surowiczą lub śluzową. Przez kurczenie się treści mogą w rozszerzonych gruczołach powstawać twory, podobne do kłębuszków nerkowych *(pseudolobuli)*, szczegół ważny, jak jeszcze zobaczymy, przy omawianiu powstania endometrjozy. Tkanka podścieliskowa, jeżeli istnieje, odpowiada również wiotkiej tkance łącznej błony śluzowej macicy, uderza obfitość komórek i jej równomierna budowa. Niejednokrotnie stwierdza się ogniska samego tylko podścieliska bez gruczołów, lub same gruczoły bez podścieliska, leżące wśród włókien mięsnych lub tkankołącznowych. Opisane ogniska heterotypowej błony śluzowej macicy są usadowione, zależnie od umiejscowienia, wśród włókien mięsnych lub tkanki łącznej, które je niekiedy dość ostro odgraniczają. Częściej jednak granica nie jest ostra. Otaczające włókna mięsne lub tkankołącznowe wnikają do ognisk endometrjozy, przyczem liczba ich ku środkowi się zmniejsza, a same włókna cieńczeją. Według rozmaitych badaczy, przedewszystkiem zaś według Roberta Mayera i Kitaja, ogniska błony śluzowej macicy, rozrastając się, wnikają do otoczenia i rozpuszczają włókna mięsne i tkankę łączną, i w tem właśnie leży owa samodzielność bujania w adenomiozie, podobna pod tym względem do bujania nowotworowego.

Dlatego też w środku ognisk nie stwierdza się włókien mięsnych lub tkankołącznowych, uległy one rozpuszczeniu, na brzegu zaś ogniska, skąd tkanka się rozrasta i wnika do otoczenia, są

[1]) Wykład, wygłoszony w Lwowskiem Towarzystwie Lekarskiem.

one jeszcze częściowo zachowane. Robert Mayer tłumaczy działanie histiolityczne podścieliska w gruczolistości jeszcze w ten sposób, że niejednokrotnie widać w bezpośredniem otoczeniu ogniska endometrjozy macicy wyraźne zmiany wsteczne włókien mięsnych, polegające, jak sam mówi, na zmętnieniu, obrzęku i zbijaniu się włókien mięsnych, zmiany powodujące gorsze barwienie się włókien, widoczne już pod małem powiększeniem, a przemawiające za toksycznem działaniem rozrastającej się heterotypowej błony śluzowej macicy. A więc nie chodzi tutaj o zwykły rozrost tkanki obcej, powodującej zanik otoczenia spowodu ucisku, lecz o bujanie, powodujące zniszczenie i rozpuszczenie mięśni, tkanki łącznej oraz włókien sprężystych; to bujanie może sięgać aż do ścian naczyniowych. Kitai stwierdził w 9 przypadkach wnikanie rozrastającego się podścieliska do naczyń chłonnych pod postacią wpukleń brodawkowatych, nigdy jednak nie widział uszkodzenia śródbłonka. Na specjalną uwagę zasługuje fakt, o którym już wspomniałam, że owe ogniska błony śluzowej macicy w gruczolistości mogą ulegać podczas ciąży typowym zmianom doczesnowym, a podczas miesiączki zmianom miesiączkowym. Co się tyczy zmian chorobowych w samej macicy w gruczolistości, przedewszystkiem zaś zmian zapalnych, to zapalenia w bliższem lub dalszem otoczeniu ognisk adenomiozy należą do objawów rzadko spotykanych. Fränkel w swym materjale nie wykazał ich w żadnym przypadku, podobnie jak Ogarek, Adler i inni, zaś Robert Mayer stwierdził na 39 przypadków tylko w jednym obraz ciężkiego zapalenia śródmacicza *(endomyometritis)*. W samych ogniskach adenomiozy niejednokrotnie można widzieć nacieki limfocytowe. W tem miejscu nasuwa się jeszcze pytanie, czy owe rozrastające się cewki gruczołowe, posiadające pewną samodzielność bujania i wnikania do innych tkanek, a nawet właściwość niszczenia otoczenia, nie mogą być miejscem wyjścia dla bujania złośliwego. Jednakże kazuistyka poucza, że adenomioza tylko nader rzadko przechodzi w bujanie rakowe. Jeżeli nie uwzględni się przypadków, w których, niezależnie od raka macicy, wykazano adenomiozę, podanych jest w piśmiennictwie zaledwie kilka przypadków raka, wychodzącego z ognisk endometrjozy, mianowicie dwa przypadki Roberta Mayera, jeden Rungiego, a jeden Fraenkla. Sama błona śluzowa macicy nie wykazała w tych przypadkach zmian nowotworowych. Jeszcze rzadsze jest bujanie mięsakowe podścieliska. Robert Mayer opisał jeden jedyny przypadek tego rodzaju.

Co się tyczy sposobu powstania gruczolistości, to istnieje szereg teoryj:

1. Najstarsza jest teorja Recklinghausena, według której adenomioza powstaje z pozostałości przewodu Wolffa, a więc z pranercza. Autor ten oparł swą hipotezę na tej podstawie, że obraz histologiczny gruczolistości przypomina niekiedy kanaliki i kłębuszki pranercza.

Teorja ta została obaloną przedewszystkiem przez Roberta Mayer'a, który wykazał, że owe twory, przypominające kłębuszki nerkowe, są albo tworami sztucznemi *(pseudoglomeruli)*, o których już wyżej wspomniałam, albo wybujałościami błony śluzowej macicy naśladującemi kłębuszki. Nie tłumaczyłaby ona zresztą rozsianego rozmieszczenia ognisk adenomiozy oraz ich czynności np. miesiączkowej.

2. Następna teorja Ivanoffa, gorąco poparta przez Roberta Mayera, Lauschego i Heima, szuka powstania ognisk heterotypowych błony śluzowej macicy w adenomiozie, w nabłonku otrzewnej. Wykazano mianowicie, że ten nabłonek może oddziaływać doczesnowo, t. zn. że z niego może powstać błona doczesna, np. w zamacicznej ciąży brzusznej. Ponieważ nabłonek wyścielający światło macicy pochodzi z nabłonka błony surowiczej, to możnaby przypuszczać, że w innych miejscach mogą z niego także powstać ogniska błony śluzowej macicy. Teorja ta, oparta na zaburzeniu rozwojowem, również nie jest pewna, gdyż nie udało się dotychczas wykazać ognisk adenomiozy u noworodków i u dzieci. Pojawiają się one dopiero później pod wpływem czynności jajników oraz bodźców zapalnych i to tylko u niektórych kobiet. Następnie ta teorja nie tłumaczy powstania endometrjozy wewnętrznej w macicy — mogłaby ona natomiast tłumaczyć pochodzenie ognisk adenomiozy, stwierdzonych na otrzewnej i w okolicy pępka.

3. Co się tyczy tej adenomiozy wewnętrznej macicy, to starano się ją wyjaśnić jeszcze w inny sposób, mianowicie hipotezą Kleinego „o zaburzeniu równowagi tkankowej między błoną śluzową macicy a jej mięśniówką". W warunkach prawidłowych zdrowa mięśniówka macicy stawia opór nadmiernemu bujaniu błony śluzowej macicy i jej właściwościom histiolitycznym tak, że istnieje pewna równowaga między temi dwoma rodzajami tkanek. Podobny stosunek zachodzi w czasie ciąży również między błoną śluzową macicy a nabłonkiem płodowym kosmówki. Mianowicie błona śluzowa macicy, dzięki swym właściwościom histiolitycznym, nie dopuszcza do zbyt głębokiego wnikania i rozrastania się nabłonka kosmówki. Ta równowaga tkanek może niekiedy ulec zaburzeniu, przedewszystkiem w czasie ciąży. Uszkodzona mięśniówka nie stawia wtedy dostatecznego oporu odnawiającej się błonie śluzowej macicy — to samo może zachodzić również po skrobankach. A wtedy nabłonek nabiera samodzielności, może wnikać do mięśniówki i tworzyć owe ogniska endometrjozy wewnętrznej. Na dowód tego autor przytacza fakt, że endometrjozę spotyka się przeważnie u kobiet, które rodziły, a ogniska jej powstają najczęściej w miejscu przyczepu łożyska, gdzie zmiany w ścianie macicy mogły być największe. Tą hipotezą, zdaniem autora, możnaby wyjaśnić również powstanie raka błony śluzowej macicy lub także nabłoniaka kosmówkowego.

4. Obok wymienionych teoryj teorja Sampsona wzbudziła dzisiaj największe zainteresowanie i najszerzej jest omawianą. Według Sampsona, adenomioza powstaje z oderwanych w czasie miesiączki cząstek błony śluzowej macicy, które przez trąbkę dostają się do jajników i na otrzewnę miednicy małej, tutaj się wszczepiają i zaczynają się rozrastać; jest to teorja implantacyjna. Przeciw teorji Sampsona wystąpiono z rozmaitemi zarzutami; przedewszystkiem wydawało się wątpliwem, czy cząstki błony śluzowej macicy mogą przejść drogą wsteczną przez nader wąskie światło trąbki. Neumannowi i innym przy dokładnem badaniu histologicznem udało się jednak niejednokrotnie wykazać takie cząstki błony miesiączkowej w trąbkach, pozatem stwierdzono rentgenologicznie przy barwieniu kontrastowem, że światło trąbki może się nawet dość znacznie rozszerzać. Drugi ważniejszy zarzut stawiany teorji Sampsona był ten, że miesiączkowa błona śluzowa macicy jest tkanką martwiczą i nie może się już rozrastać, co też Heim udowodnił przy pomocy przeszczepienia cząstek błony śluzowej miesiączkowej. Z drugiej zaś strony udało się Koffaczowi otrzymać doświadczalnie rozrost błony śluzowej przedmiesiączkowej i przeddoczesnowej. Że zdrową błonę śluzową można przeszczepiać, to udowodniono niejednokrotnie, a Schmidt przeszczepiał nawet u młodych kobiet po wycięciu macicy jej błonę śluzową do kikuta w pochwie — poczem jako dowód tego, że się przyjęła, występowały krwawienia miesiączkowe.

Z wymienionych doświadczeń wynikałoby, że takie przeszczepienie błony śluzowej jest możliwe, a mogłoby ono, według Kleinego, zachodzić w skrobankach, lub w dzisiaj tak często stosowanych przepłókiwaniach macicy, wykonywanych pod wysokiem ciśnieniem. Czy przedmuchiwanie trąbek oraz salpingografja mają również znaczenie, tego nie można powiedzieć. Przekrwienie ściany macicznej oraz otrzewnej, powstające w następstwie tych różnych zabiegów mogłoby stanowić korzystne podłoże dla przeszczepu. Według Kleinego powstaje więc endometrjoza ze zdrowej, a nie z martwiczej miesiączkowej błony śluzowej. Teorja Sampsona w modyfikacji Kleinego mogłaby się więc nadawać dla zrozumienia powstania endometrjozy, przedewszystkiem w macicy, w trąbkach i w jajnikach, t. j. w miejscu najczęstszego jej pojawiania się. Jajniki znajdują się w najbliższem sąsiedztwie trąbki, a owrzodzenia powstające w niej w czasie owulacji stanowićby mogły korzystne podłoże dla rozwoju heterotypowej błony śluzowej macicy. Trudniej jednak teorją Sampsona wytłumaczyć gruczolistość w okolicy pępka, w ścianie powłok brzusznych lub w okolicy pachwinowej. Powstanie tych ognisk lepiej wyjaśnia teorja Ivanoffa, jak wyżej wspomniałam, wedle której, adenomioza powstaje z przemieszczonego nabłonka otrzewnej.

5. Co się tyczy adenomiozy w bliznach powłok brzusznych, to udało się wykazać w ostatnich czasach Haselhörstowi w dokładnych badaniach serjowych bezpośredni związek tych ognisk z błoną śluzową macicy operowanej. Jeszcze niewiadomo czy hipoteza „ciągłości", jak ją nazywa autor, ma znaczenie przy innem usadowieniu gruczolistości.

6. Wspomnieć należałoby jeszcze o teorji Halbana, wedle której cząstki miesiączkowe błony śluzowej macicy zostają roznoszone drogą krwi i limfy. Dla tej teorji niema jednak dowodów, a przemawiają przeciw niej:

a) rzadkie usadowienie się gruczolistości w okolicy pachwinowej, które musiałoby właściwie być częste z tego powodu, że pierwsze gruczoły chłonne, a zatem pierwsza stacja chłonki z macicy wypływającej znajduje się właśnie w pachwinie,

b) nadto ogniska gruczolistości prawie nigdy nie powstają powyżej pępka, coby musiało zachodzić, gdyby limfa roznosiła cząstki błony śluzowej macicy; następnie ta teorja nie tłumaczyłaby tak częstej gruczolistości jajnika.

Jak więc widzimy, żadna z wymienionych sześciu teoryj — a jest ich jeszcze więcej, lecz mniej znanych, dlatego ich nie wyliczam — nie tłumaczy jednolicie i w zupełności powstania endometrjozy. Najbardziej zrozumiałą i najmodniejszą byłaby może teorja Sampsona z modyfikacją Kleinego, jednak i ona nie jest, jak widzieliśmy, bez zastrzeżeń, szczególnie nie tłumaczy ona w zupełności tego nader rozsianego rozmieszczenia ognisk adenomiozy, jak np. w okolicy pępka lub w powłokach brzusznych. Dla zrozumienia tych ostatnich nadają się lepiej teorje inne, również naukowo uzasadnione, jak np. teorja Ivanoffa lub ostatnio wymieniona hipoteza Haselhörsta. Zatem sprawa powstania gruczolistości, mimo że wiadomości w tym kierunku posunęły się w ostatnich latach o wielki krok naprzód, nie jest jeszcze zupełnie jasną i uzgodnioną, wymaga więc dalszych doświadczeń i badań. Natomiast strona morfologiczna adenomiozy, to znaczy badania anatomo-patologiczne, przedewszystkiem zaś mikroskopowe dały, jak na wstępie wspomniałam, właśnie w najnowszych czasach wiele godnych uwagi szczegółów, które wyjaśniły w wysokim stopniu to niejasne schorzenie; przedewszystkiem wykazały one dotychczas jeszcze nieznane a tak rozległe rozmieszczenie endometrjozy, stwierdzanej doniedawna tylko w macicy, wytłumaczyły jej budowę drobnowidową oraz jej czynności fizjologiczne. Na podstawie danych anatomicznych sprawa ta patologiczna zyskała dzisiaj wielkie znaczenie w praktyce, przedewszystkiem w ginekologji i chirurgji.

Należałoby jeszcze wspomnieć o znaczeniu klinicznem i objawach, które są następstwem nietylko charakteru samej zmiany, ale także usadowienia się ognisk adenomiozy. Omawiane ogniska są przecież w ścisłej zależności od hormonalnej czynności jajnika. Wyżej wspomniałam, że endometrjozę spotyka się przedewszystkiem w macicy i w trąbkach, następnie w jajnikach i na otrzewnej miednicy, rzadziej w pozaszyjkowej tkance macicy, a wreszcie w ścianach jelita. Przytoczę więc w krótkości objawy, występujące przy tem najczęstszem usadowieniu ognisk endometrjozy.

1. Gruczolistość wewnętrzna macicy powoduje przedewszystkiem zaburzenia w miesiączkowaniu, t. j. krwawienia i bolesną miesiączkę, macica jest przeważnie powiększona. Jest zrozumiałem, że wyskrobanie błony śluzowej tylko niekiedy może ułatwić właściwe rozpoznanie, ponieważ ogniska gruczolistości są usadowione głęboko w ścianie macicy tak, że nie można ich uchwycić w czasie skrobania błony śluzowej. Dlatego też kliniczne rozpoznanie w przypadkach gruczolistości nie jest wogóle łatwe; klinicyści rozpoznają zwykle zapalenie przewlekłe śródmacicza, mięśnia macicy *(endometritis chronica, myometritis)*, lub ogólnikowo nazywają stan ten metropatją. Godnem uwagi powikłaniem gruczolistości może być samorodne pęknięcie ciężarnej macicy, spowodu rozległego rozrastania się ognisk endometrjozy i przerastania jej mięśnia, a tem samem zmniejszenia jego oporności i wytrzymałości. Dlatego w niejasnych przypadkach pęknięcia macicy należałoby badać najbliższe otoczenie mikroskopowo na obecność adenomiozy. Następstwem wewnętrznej gruczolistości mogłyby być również owe krwawienia atoniczne, zachodzące niekiedy po porodzie i to najprawdopodobniej z ognisk adenomiozy, podczas ciąży również doczesnowo zmienionych. Ta sprawa nie jest jeszcze zupełnie wyświetlona, należałoby się nią dokładniej zająć. Natomiast jest już znany związek między gruczolistością cieśni trąbkowej a śródmiąższową ciążą macicy, jak również między gruczolistością trąbki a ciążą zamaciczną trąbkową. Takich przypadków już sporą liczbę ogłoszono w piśmiennictwie. Badając dość znaczny materjał ciąży trąbkowej, niejednokrotnie stwierdzałam w trąbkach, obok zmian ciążowych, równocześnie ogniska adenomiozy pod postacią nacieków, często guzków, t. zw. *salpingitis nodosa*, zwężających światło trąbki. Jest zrozumiałe, że takie zwężenie na tle adenomiozy może być przyczyną bezpłodności.

2. Gruczolistość jajników i otaczającej otrzewnej powoduje jej podrażnienia, przedewszystkiem w czasie miesiączki, przebiegającej z silnym bólem. Typowem i ważnem dla rozpoznania gruczolistości otrzewnej jest okresowe pojawienie się objawów otrzewnowych, jakoteż zaburzeń miesiączkowych.

Gruczolistość jajników, będąca miejscem częstego krwawienia może powodować gromadzenie się w jajnikach strzępów krwi i następowe powstanie t. zw. czekoladowych lub smołowych torbieli. Jeżeli taka torbiel pęknie, to cząstki tkanki endometrjozy mogą się dostać na otrzewnę i mogą na niej się rozrastać. W badaniu klinicznem owe torbiele przedstawiają obraz podobny, jak guzy przydatków na innem tle powstałe. Gdy jednak guzy przydatków dobrze oddziaływują na zabiegi lecznicze, jak np. na kąpiele i ciepło, to leczenie zachowawcze niema żadnego wpływu na guzy endometrjozy i na tej podstawie można je rozpoznawać z pewnem prawdopodobieństwem. Czy ogniska gruczolistości usadowione na otrzewnej mogą wpływać na powstanie ciąży brzusznej, tego nie udało się dotychczas napewne wykazać. Klein opisuje ciążę jajnikową, w której znajdowały się ogniska endometrjozy na powierzchni jajników, teoretycznie obecność omawianych ognisk na otrzewnej oczywiście jest prawdopodobna.

3. *Endometriosis retrocervicalis* odznacza się naciekowem bujaniem ognisk adenomiozy. Ogniska pierwotnie usadowione w otoczeniu szyjki macicy wrastają do dołu maciczno-odbytniczego, następnie do odbytnicy i tkanki przymacicznej, powodując zwężenia odbytnicy i moczowodów. Kliniczne badanie wykazuje w takich przypadkach skrócenie więzadeł krzyżowo-macicznych, ową t. zw. *parametritis posterior*, tak niejasną co do pochodzenia a powodującą, jak widzieliśmy, krwawienia podczas miesiączki, które mogą być uważane za raka i niewątpliwie pewna część operacyjnie wyleczonych raków odbytnicy u kobiet była właśnie gruczolistością. Rzadziej jak w dole Douglasa, gruczolistości zachodzą w dole pęcherzowo-macicznym. W takim razie ogniska przemienionej błony śluzowej macicy wrastają do ściany i światła pęcherza, powodując owrzodzenia lub wybujałości brodawczakowate, uważane za brodawczaka lub też raka. Właśnie w ostatnich czasach opisano kilka takich przypadków gruczolistości pęcherza. Charakterystyczne dla tej sprawy chorobowej są okresowo występujące krwawienia.

Tak się przedstawia zwięzły obraz kliniczny endometrjozy. Objawy kliniczne gruczolistości nie są więc narazie jeszcze ściśle określone i dla niej swoiste, a można je rozpoznać przedewszystkiem tylko drogą wykluczenia innej podobnie umiejscowionej sprawy chorobowej. W każdym razie każdy lekarz powinien wiedzieć, co to jest endometrjoza, i o niej pamiętać, tem bardziej, że gruczolistość spotyka się w ostatnich czasach coraz częściej, a jest to wynikiem nietylko jej bliższego poznania i zwracania na nią uwagi, lecz prawdopodobnie zwiększenia się ilościowego jej przypadków, które przypisują nawet dzisiaj tak ogólnie stosowanym skrobankom macicy, a wykonanym w celach leczniczych i dla przerwania ciąży. Wypowiada się zapatrywanie, że oderwane cząstki błony śluzowej macicy w związku z temi zabiegami mogą się wszczepiać do samej macicy lub przechodzić przez trąbki do jej otoczenia i tutaj mogą być materjałem dla powstania guzów adenomiozy. Z tym faktem łączą także pojawienie się częstsze ciąży zamacicznej. Nie wchodząc w krytyczną ocenę tych zapatrywań, należy jednak zauważyć, że rozważanie tej sprawy także pod kątem krytycznym miałoby znaczenie doniosłe.

---

Dr. Fr. ŁUKASZCZYK. Dyr. Instyt. Radowego im. Marji Skłodowskiej-Curie. Warszawa.

**Uwagi do pracy p. Dr. H. Schusterówny p. t.: „Wartość naświetlań raka macicy w świetle badań histologicznych".**

Polska Gazeta Lekarska. Nr. 41—42. 1934.

Gdy się mówi o raku macicy, trzeba odróżnić raka trzonu macicy od raka szyi macicy lub nawet szyi i części pochwowej macicy, zaś w tych dwu ostatnich postaciach gruczolakoraka od raka płaskokomórkowego. Nietylko z uwagi na różnice histopatologiczne, różnice w częstości występowania i w objawach klinicznych, zwłaszcza początkowych, i ze względu na różnice w przebiegu choroby, lecz przedewszystkiem spowodu niejednakowych wskazań i niejednakowej skuteczności leczenia promieniami tych poszczególnych postaci.

Z tekstu omawianej pracy przekonywujemy się, że tytuł był za obszerny, dotyczy ona jedynie raków płaskokomórkowych części pochwowej i szyi macicy. Coprawda — są to najpospolitsze postacie raka macicy i sprawa jest ważna i aktualna. Zajęła się nią Sekcja Raka Komisji Higjeny Ligi Narodów[1]) i postanowiła opracować zapomocą zebrania naukowego materjału, któryby pozwolił ocenić z jednej strony skuteczność leczenia promieniami, a z drugiej porównawczo skuteczność poszczególnych metod stosowania tych promieni. Specjalna Komisja opracowała sposób zbierania materjału i zaprosiła do tej pracy szereg Instytutów, wśród nich Instytut Radowy w Warszawie. Zasady są następujące: poprzednie badanie histopatologiczne, segregacja przypadków na 4 grupy, zależnie od klinicznie dającego się oznaczyć stopnia rozwoju choroby, zapomocą dokładnego opisu samej zmiany i jej stosunku do tkanek i narządów ota-

1) *Société des Nations Organisations d'Hygiène Commission du Cancer. Rapports soumis par la Sous-Commission chargée de l'étude de la radiothérapie du cancer.* Genève 1929.

czających oraz zapomocą rysunków na odpowiednich schematach, dokładne podanie szczegółów techniki leczenia promieniami, a więc nietylko sama wysokość dawki podana np. w miligramgodzinach lub m. c. d.; w przypadku radu należy podać także wymiary, zawartość radu i filtrację poszczególnych aplikatorów, sposób ich rozłożenia w pochwie i w macicy i wkońcu — czas napromieniania podany w godzinach i dniach.

Samo podanie np., że dawka radu wynosiła 2.400 mg/godz. nic nie mówi, gdyż taka dawka może mieć najróżniejsze działanie, zależnie od jej zastosowania; w pewnych przypadkach może być dla zniszczenia komórek nowotworu niewystarczająca, a dla tkanek i narządów zdrowych może być szkodliwa. I tak np. zgłosiła się raz do Instytutu chora, u której stwierdziliśmy raka szyi macicy w pełnym rozwoju obok przetoki pęcherzowo-pochwowej, która jak chora podała, powstała po założeniu 100 mg radu w jednym aplikatorze na 24 godziny (2.400 mg/godz.). Przy takiem zastosowaniu radu działanie było zbyt silne w pewnem ograniczonem miejscu, spowodowało rozlane zniszczenie komórek zdrowych i nowotworowych, zaś na sam nowotwór, zwłaszcza na dalsze jego części nie wywarło żadnego wpływu.

To samo dotyczy techniki napromienian Roentgena. Nie mówiąc już o różnych poważniejszych szkołach, poszczególni rentgenologowie stosują promienie Roentgena często bardzo rozmaicie. Już różnice w samej wysokości dawki mają się często do siebie jak 1 : 15. A jest to tylko jeden coprawda ważny szczegół techniki, niemniej ważna jednak jest ilość i lokalizacja pól napromienianych, ich wymiary i powierzchnia, odległość antykatody — skóra, napięcie i natężenie prądu, filtr, czas napromieniania, t. zn. długość poszczególnych seansów i ilość dni leczenia. To dopiero pozwala nam zdać sobie sprawę z zastosowanej techniki leczenia.

Niestety, w pracy p. Dr. Schusterówny o wartości naświetlań nie znajdujemy tych zasadniczych i nieodzownych danych o stosowanej i ocenianej technice napromieniań. Co do radu wiemy tylko, że dawka wyniosła 2.400—2.800 mg/godz. Nie jest to wiele, a raczej jest to stanowczo za mało, jeśli się zważy, że np. dawka Paryskiego Instytutu Radowego w tych sprawach wynosi około 8.000 mg/godz., około 3 razy tyle — po połowie do pochwy i macicy. Nie wiemy następnie, czy rad był zastosowany tylko do pochwy, czy też ta znikoma ilość była rozdzielona pomiędzy pochwę i macicę. Oczywiście nic nie wiemy, jakie to były aplikatory, jak były rozmieszczone, w jakim czasie stosowane i t. p. W każdym razie ta zupełnie niewystarczająca dawka radu, nawet najlepiej użyta, nie może dać poważniejszych wyników i taka metoda leczenia nie nadaje się do wysnuwania ogólniejszych wniosków.

Jeszcze mniej wiemy, jak były stosowane promienie Roentgena — dosłownie żadnych szczegółów, nawet jaka była globalna wysokość dawki. Wiemy tylko, że leczenie, w sposób niejednakowy, stosowało 3 rentgenologów oznaczonych jako: X. Y. Z. Skuteczność ich techniki leczenia porównuje się używając symboli ich nazwisk. Jeśli się chce wysnuwać wnioski ogólniejsze — to przecież na tak zebranym materjale opierać się nie można.

Cobyśmy powiedzieli na wysnuwanie wniosków o wartości stosowania insuliny w cukrzycy przez kontrolującego cukromocz na podstawie wykrywania lub niewykrywania cukru w moczu, podczas gdy ktoś inny stosowałby insulinę pochodzenia nieznanego w dawkach niedokładnie znanych i niewiadomo jak rozłożonych i gdy jeszcze kto inny ustalałby dietę, też bliżej badającemu cukromocz nieznaną, gdy w dodatku i ciężkość przypadku nie została określona i tolerancja przed stosowaniem insuliny nie oznaczona, gdyż i ciężkość zmian chorobowych przed stosowaniem promieni w przypadkach opracowanych przez p. Dr. Schusterównę nie jest bliżej podana.

Użyty podział Schottländera nie daje nam dostatecznych wskazówek w tym kierunku, gdyż zajmując się umiejscowieniem i rozwojem raka w samej tylko macicy, nie daje wskazówek dla klinicysty i terapeuty czyto będzie chirurg, czy radjolog, najkonieczniejszych — jaki jest mianowicie stosunek zmienionej nowotworowo macicy do otaczających tkanek i narządów.

Z niektórych wskazówek możnaby przypuszczać, że były to t. zw. „dobre przypadki" operacyjne i przypadki na granicy operacyjności t. zn. stopień I—II wspomnianego klinicznego podziału.

Ten podział na stopnie jest rzeczą pierwszej wagi, gdy się rozpatruje wyniki leczenia chirurgicznego lub radjologicznego, a zwłaszcza gdy się wyniki tych metod wzajem porównywa. Gdyż porównywać należy rzeczy podobne. I tak np. zestawienie globalnego procentu wyleczeń raka szyi macicy uzyskanych zapomocą promieni z globalnym odsetkiem wyleczeń drogą operacyjną pomimo pozornej słuszności jest błędne. Materjał operacyjny obejmuje przypadki wczesne — operacyjne, lub na granicy operacyjności t. zw. stopień I i II; jest ich 10—20% zgłaszających się chorych. Materjał radjologiczny obejmuje nietylko przypadki wczesne ale także, i to w przeważającej większości, przypadki daleko posunięte: stopień III i IV, z zajęciem przymacicz często aż do kości, więzadeł krzyżowo-macicznych, z zajęciem pochwy, gruczołów chłonnych, z przerzutami — przypadki bezwarunkowo drogą operacyjną nie do uratowania.

Gdy się więc podaje, że radjoterapja daje w rakach szyi macicy np. 30% wyleczeń, to z tą cyfrą nie można zestawiać statystyk operacyjnych. Trzeba zestawiać i porównywać przypadki podobne, stopień I ze stopniem I. II z II.

Dlatego np. podanie przez p. Dr. Schusterównę, że % wyleczeń uzyskany w Instytucie Radowym w Paryżu wynosi 20—30, niedokładnie oświetla skuteczność radjoterapji w tej chorobie.

Zestawienie obejmujące 380 przypadków leczonych w latach 1922—1927 w Instytucie Radowym w Paryżu[2]) wykazuje następujący % wyleczeń stwierdzonych po 5 latach — przyczem przypadki zaginione lub zmarłe z innych przyczyn są zamieszczone pomiędzy niewyleczonemi.

| | | | |
|---|---|---|---|
| stopień | I | (29 przypadków) | 79% wyleczeń |
| stopień | II | (121 przypadków) | 41% wyleczeń |
| stopień | III | (179 przypadków) | 27% wyleczeń |
| stopień | IV | (51 przypadków) | 2% wyleczeń. |

Całość daje 32% wyleczeń, ale jak widać ta cyfra niewiele mówi, zupełnie inne szanse ma chora w stopniu początkowym, a zupełnie inne chora w stopniu IV.

Jeżeli się teraz tak rozpatrzony materjał radjologiczny zestawi z wynikami operacyjnemi, to się okaże, że w rakach szyi macicy zapomocą radjoterapji można uzyskać stanowczo lepsze wyniki niż drogą operacyjną i to nieraz o 100%.

Bo jeśli teraz weźmiemy zestawienie materjału prof. Faure'a[2]) operatora znakomitego i oprzemy się na przypadkach wyleczeń, sprawdzonych po 5 latach, to się okaże, że:

w stopniu I (54 przyp.) uzyskał 40% wyleczeń (Radjoter. 79)
w stopniu II (36 przyp.) uzyskał 22% wyleczeń (Radjoter. 41)
w stopniu III można omawiać tylko wyniki radjoterapji.

W materjale p. Dr. Schusterówny skuteczność radjoterapji w raku szyi macicy przedstawia się inaczej i to znacznie gorzej. W 6 z przebadanych 12 przypadków nowotworów leczonych radem i promieniami Roentgena t. zn. w 50% znalazła komórki nowotworowe — w 5 przypadkach w samej macicy, w 1 przypadku w przymaciczu. Wynik rzeczywiście mało zachęcający. Jeśli to były przypadki I i II stopnia, a tak należy przypuszczać, gdyż w dalej posuniętych postaciach zabieg operacyjny nie byłby chyba podjęty, to trzeba powiedzieć, że te wyniki nie odpowiadają obecnym możliwościom poprawnej radjoterapji.

W wspomnianym materjale Instytutu Radowego w Paryżu w stopniu I tylko w jednym przypadku wystąpiła wznowa utkania złośliwego na części pochwowej, pomimo należycie przeprowadzonego leczenia radem. W pozostałych przypadkach nawrotów sprawy, leczenie nie mogło być w całości przeprowadzone spowodu powikłań zapalnych lub przeszkód anatomicznych, a i to nowotwór rozwijał się w przymaciczach przy wygojonej macicy.

Z pracy p. Dr. Schusterówny można wysnuć tylko jeden wniosek, mający znaczenie czysto lokalne: po stosowaniu omawianej, lecz bliżej nieokreślonej techniki leczenia promieniami radu i Roentgena w rakach szyi macicy — w 50% przypadków wynik był niekorzystny, gdyż już po kilku miesiącach stwierdzono komórki nowotworowe w pełni życia i rozwoju.

Natomiast dotychczasowe doświadczenia radjoterapji raka szyi macicy, oparte na materjale bez zarzutu opracowanym, uprawniają do takiego sformułowania wniosków:

W rakach szyi macicy należy stosować leczenie operacyjne zawsze, jeśli niema możności przeprowadzenia poprawnego leczenia promieniami, o ile tylko przypadek jest operacyjny.

Należy stosować leczenie operacyjne, jeśli leczenie promieniami jest przeciwwskazane lub musiało być przerwane spowodu powikłań zapalnych, lub też nie może być całkowicie przeprowadzone spowodu przeszkód natury anatomicznej: zwężenie pochwy, niedrożność kanału macicy i t. p.

---

[2]) *Bulletin de l'Académie de Médecine* (Séance du 3 Mai 1932, Tome CVII. Nr. 17). Cl. Regaud: *Comparaison des valeurs curatives de l'hystérectomie et des méthodes radiothérapiques, dans le traitement des épithéliomas cervico-utérins du premier degré.*

Natomiast w przypadkach, kiedy poprawne leczenie promieniami może być przeprowadzone, należy je stosować, gdyż wyniki są znacznie korzystniejsze od leczenia operacyjnego i to nietylko w postaciach dalej posuniętych lecz i to przedewszystkiem w przypadkach wczesnych, t. zw. operacyjnych.

Nie ma żadnego celu usuwanie macicy, jeśli leczenie promieniami było przeprowadzone należycie, gdyż nawroty raka w samej macicy są w tych przypadkach (I i II stopień) bardzo rzadkie i prawdopodobieństwo ich wystąpienia jest mniejsze niż odsetek śmiertelności po zabiegu operacyjnym. Jeśli po leczeniu radem występują w tych przypadkach nawroty, prawie zawsze rozwijają się one w przymaciczach; w tych przypadkach wycięcie samej i to wolnej od nowotworu macicy temu zapobiec nie może i nie stanowi żadnej korzyści dla chorej.

* * *

*P. S.* Po skreśleniu tych uwag i wysłaniu ich do Redakcji Polskiej Gazety Lekarskiej, otrzymałem od p. Dr. H. Schusterówny rozszerzoną odbitkę omawianej pracy. Są w niej zamieszczone streszczenia historyj chorób wraz z danemi leczenia promieniami, coprawda wogóle niewystarczającemi, przyczem okazuje się, że dawki radu były nieco inne, niż podano w oryginale. Pozwala to na nieco bliższe rozpatrzenie materjału.

Z 12 przypadków raka części pochwowej i szyi macicy (rak płaskokomórkowy) 2 przypadki są określone jako stopień I, 10 jako stopień II. Wnosząc ze skróconego opisu, według wspomnianego podziału klinicznego, 9 przypadków umieściłbym w stopniu I (zmiana nie przechodzi poza szyję macicy, macica ruchoma, przymacicza i przydatki bez zmian), 2 przypadki w stopniu II (oprócz zmiany na części pochwowej jedno przymacicze zgrubiałe) i 1 przypadek conajmniej w stopniu III (guz przechodzi na tyle sklepienie i górną tylną część pochwy, obydwa przymacicza zajęte).

Leczenie promieniami stosowało 3 radjologów w sposób i z wynikami zupełnie niejednakowemi; każde z nich wymaga oddzielnego omówienia — z podanych nazwisk zachowuję tylko inicjały.

2 przypadki (w obydwu zmiana klinicznie nie przechodziła poza szyję) były leczone przez Dr. M., który zastosował w 1 przypadku 45 mcd. radu (6.000 mg/godz.) w sposób bliżej niepodany oraz 2 napromieniania Roentgenem, każde w dawce 300 „r", w warunkach niewystarczająco określonych; po pół roku objawy rozrostu guza w przymaciczu, a po roku zgon z objawami przerzutów do płuc. Sekcja wykazała macicę wolną od nowotworu, pozatem potwierdziła kliniczny obraz przerzutów nowotworowych. W 2 przypadku Dr. M. zastosował 7.200 mg/godz. radu, częściowo do pochwy, częściowo do kanału macicy — Roentgen nie był stosowany. W usuniętej następnie operacyjnie macicy tkanki nowotworowej nie stwierdzono; dalsze losy chorej niepodane.

Dr. Sp. leczył następną grupę 7 chorych: u 6 zmiana klinicznie nie przechodziła poza szyję macicy, w 1 przypadku poza zmianą na szyi był miękki naciek lewego przymacicza. Dawka radu w poszczególnych przypadkach wahała się pomiędzy 3.200 a 3.644 mg/godz., były więc o połowę mniejsze od stosowanych przez Dr. M. Rad był stosowany i do szyi i od strony pochwy, w stosunku niepodanym. Tak samo niepodane są wymiary i zawartość radu poszczególnych aplikatorów, sposób ich rozłożenia w pochwie i kanale macicy oraz niewiadomo, w ilu godzinach ta dawka została wymierzona. Filtry są podane tylko w niektórych przypadkach.

Promienie Roentgena były stosowane w 5 przypadkach. W 1 przypadku stosowano 2 serje napromienień Roentgenem w odstępie 7 miesięcy, szczegółów techniki brak. W 1 przypadku zastosowano 4.000 „r" na 4 pola; wkońcu w 3 przypadkach zastosowano po 4.800 „r" na 4 pola. Ta dawka jest raz określona jako „pełna dawka neoplazmatyczna" po 1.200 „r" na pole. Filtracja była średnia (0.5 Cu + 1 Al) 195 KV. — 3 Ma., F.—H. 30, długość poszczególnych seansów niepodana, wnosząc z przytoczonych danych musiały być krótkie, brak także lokalizacji i wymiarów pól napromienianych.

Wkońcu 3 przypadki były leczone w I. P. przez Dr. W. 1 przypadek był dość daleko posunięty — stopień III, w 1 przypadku, poza kalafiorowatą częścią pochwową, stwierdzono zgrubiałe lewe przymacicze, w 3 przypadku zmiana nie przechodziła poza szyję. Rad był stosowany we wszystkich 3 przypadkach jednakowo, a mianowicie 120 mg do pochwy na 24 godziny — 2.880 mg/godz., filtry 2 mm Ag. — 1 mm mosiądzu. Ilość, kształt i wymiary aplikatorów jak również zawartość radu i sposób rozłożenia ich nie są podane. Promienie Roentgena były stosowane tylko w 1 przypadku — 52 napromienień, żadnych danych o nich nie przytoczono.

Jak widzimy, pomiędzy temi metodami 3 radjologów zachodzą bardzo duże różnice, chociażby w wysokości dawek radu. Innych ważnych warunków leczenia niesposób omawiać spowodu braku danych.

Ale i to co przytoczone jest ogromnie pouczające, gdyż i wyniki leczenia są różne.

Dr M. zastosował w swoich 2 przypadkach 6.000 i 7.200 mg/godz. radu do szyi i do pochwy. Nie dochodzi wprawdzie do wspomnianych 8.000 Paryskiego Instytutu Radowego, jest to już jednak dawka poważna. W obydwu przypadkach nastąpiło kliniczne wyleczenie raka samej macicy, a późniejsze badanie histopatologiczne również komórek nowotworowych w niej nie stwierdziło.

Leczenie promieniami Roentgena w tych przypadkach nie było stosowane, gdyż po dwu seansach po 300 „r", jakie dano u jednej chorej, nie można się spodziewać w raku jakiegokolwiek efektu terapeutycznego. Dalsze losy jednej chorej nie są podane. W drugim przypadku po pół roku wystąpiły objawy rozrostu guza w przymaciczu, który łącznie z przerzutami w płucach spowodował po dalszych 6 miesiącach zgon chorej. Te wyniki są zgodne z doświadczeniami radjoterapji raka szyi macicy, które wykazują, że po przeprowadzeniu poprawnego leczenia radem w przypadkach wczesnych możemy się spodziewać bardzo wysokiego odsetku miejscowych trwałych wyleczeń. Te same doświadczenia mówią, że nawet najlepsza technika stosowania radu od strony pochwy i w kanale macicy nie ma większego wpływu na zmiany przechodzące na bezpośrednie sąsiedztwo macicy. Przyczyny są znane, nie mogę się tu nad niemi rozwodzić. W tych przypadkach efekt (już znacznie trudniej) można uzyskać zapomocą dużych dawek (kilku gramów) radu, stosowanych z odległości zzewnątrz lub zapomocą intensywnej terapji Roentgena, czego w tych dwu przypadkach nie wykonano.

W 7 przypadkach, oprócz jednego również wczesnych, leczonych przez Dr. Sp. rad nie dał już tak dobrych wyników, ale też i dawki były inne, mniejwięcej o połowę mniejsze niż u Dr. M. — 3.200—3.600 mg/godz., podzielone pomiędzy pochwę a kanał macicy.

W usuniętych po leczeniu radem macicach w 3 przypadkach znaleziono tkankę rakową, w 1 przypadku wyraźnych zmian rakowatych nie stwierdzono, jednakże istniała pewne atypja i anaplazja komórek, nasuwająca podejrzenia w kierunku stanu przedrakowego. W pozostałych 3 przypadkach w usuniętych macicach tkanki rakowej nie stwierdzono.

Jakież wyniki dały promienie Roentgena, których rolą jest w tych przypadkach, przedewszystkiem opanowanie sprawy w przymaciczach, lub zapobieżenie jej rozwojowi? Wogóle mierne. W dwu przypadkach, w których wkrótce po operacji usunięcia macicy doszło do zejścia śmiertelnego, okazało się na sekcji, że nowotwór przerastał mięsień macicy, aż do otrzewnej. W dalszych 3 przypadkach, w czasie badań kontrolnych, bardzo szybko, bo już 1—2 miesięcy po usunięciu macicy, stwierdzono pojawienie się nacieków w przymaciczach, co do natury których nie można się łudzić. W pozostałych 2 przypadkach wynik badań kontrolnych nie jest podany. Owe 4.800 „r" na 4 pola tu stosowane określono raz jako „pełną dawkę neoplazmatyczną". Dość trudno zrozumieć, co to ma znaczyć. Jest to powiedzenie tak samo mało uzasadnione, jak gdyby ktoś powiedział: „zastosowano 1 g neosalutanu, pełną dawkę antyluetyczną", gdyż 4.800 „r" na 4 pola nie jest dawką, którąby mogła opanować raka macicy. Takiej zgóry określonej dawki, pomimo niejednokrotnych, czysto spekulatywnych usiłowań, wogóle niema. Zresztą jak widać i w omówionych przypadkach nie była niestety pełną dawką neoplazmatyczną w znaczeniu efektu terapeutycznego. Nie jest to także dawka maksymalna, bo np. dawka Paryskiego Instytutu Radowego w tych przypadkach i to w warunkach optymalnego działania promieni jest 15.000 „r", czasem mniej a czasem nawet więcej zależnie od ilości pól napromienianych i innych warunków leczenia. Tych 15.000 „r" nikt nie określa jako pełnej dawki neoplazmatycznej — wiemy tylko, że w pewnych warunkach daje stosunkowo najlepsze wyniki. Właściwie wyniki radioterapji są w tym materjale tak słabe, że usprawiedliwionem byłoby rozważenie, czy w tych przypadkach, oprócz jednego, niezbyt zaawansowanych, ze zmianą nieprzechodzącą poza szyję, z macicą ruchomą, z przymaciczami i przydatkami niezmienionemi, sam nóż w ręku dobrego chirurga nie dałby lepszych wyników.

Najsłabiej przedstawiają się wyniki leczenia 3 przypadków sposobem Dr. W. w P. Coprawda w 1 przypadku chodziło o zmianę zaawansowaną; chora zmarła w miesiąc po zastosowaniu radu wśród objawów zapalnych, sekcja stwierdziła rozrost nowotworu w macicy oraz w sąsiednich narządach i tkankach. W drugim przypadku poza kalafiorowatą zmianą w szyi, przy

zupełnie wolnej macicy istniało zgrubienie lewego przymacicza; w dwa miesiące po leczeniu promieniami Roentgena i radem usunięto macicę i stwierdzono w niej tkankę rakową, wkrótce zaś po operacji pojawił się naciek w przymaciczu. W trzecim przypadku z kalafiorowatą zmianą na szyi, usunięto macicę w 3 miesiące po leczeniu radem. Na części pochwowej były zmiany rakowate, stwierdzane już gołem okiem, co potwierdził mikroskop; w 3 miesiące od operacji stwierdzono nawrót raka w pęcherzu i w przymaciczu.

Wyniki zdecydowanie słabe, ale bo też i sposób stosowania radu może powodować i to już nie od dziś, zdziwienie — 120 mg radu nienazbyt silnie filtrowanego do pochwy to jest za dużo i za mało; za silny ładunek naraz mogący mieć na najbliższe tkanki działanie zbyt gwałtowne, w skutkach bardzo niepożądane, a za mało jako dawka całkowita 2.880 mg/godz. oraz za krótki czas, tylko 24 godziny, działania promieni na komórki nowotworu, zupełny brak radu do kanału macicy, a conajmniej szyi. O stosowaniu promieni Roentgena trudno jest coś powiedzieć, bo wiadomo tylko, że w 1 przypadku było 52 seansów; może i dużo ale mało skutecznych.

Reasumuję: w 12 przypadkach raka szyi macicy (z tego 11 przypadków w stanie wczesnym) przeprowadzono najpierw leczenie promieniami radu u niektórych także i promieniami Roentgena, w sposób rozmaity; w 10 przypadkach w parę miesięcy później usunięto macicę operacyjnie, zaś w pozostałych 2 przypadkach macica została zbadana po autopsji. W połowie przypadków stwierdzono tkankę nowotworową w samej macicy lub w bezpośredniem sąsiedztwie. Wobec tego p. Dr. H. Schusterówna radzi w rakach macicy po uprzedniem zastosowaniu promieni, usuwać macicę operacyjnie, tak jak to uczyniono w 10 z tych przypadków.

Czy podane wyniki rzeczywiście taki wniosek usprawiedliwiają? Dwie chore zmarły wkrótce po operacji, jedna spowodu powikłań pooperacyjnych, druga spowodu niedomogi serca. U 5 chorych w 1—4 miesięcy po usunięciu i pomimo usunięcia macicy wystąpiły kliniczne objawy rozwoju raka w przymaciczach. Pozostały tylko 3 chore, co do których niewiadomo, czy miały nawroty lub przerzuty raka, ale też niewiadomo, czy były zdrowe, gdyż w przytoczonych historjach chorób nie zanotowano przeprowadzenia badań kontrolnych po operacji. Przypuśćmy, że są obecnie zdrowe, należy jeszcze odczekać do 5 lat, by móc je za takie ogłosić i coś na tem budować. Nawiasem mówiąc właśnie u tych 3 chorych badanie histopatologiczne macicy po leczeniu promieniami nie wykazało nowotworu.

Praca p. Dr. H. Schusterówny jest bardzo zajmująca, ale zalecone przez Nią wnioski dotyczące postępowania leczniczego nie znajdują uzasadnienia w przedstawionym materjale. Leczenie raków szyi macicy tak co do metod stosowania promieni jak i co do wyników, jest już znacznie dalej posunięte.

---

Dr. H. SCHUSTERÓWNA, Lwów.
Adjunkt Zakładu Anat. Patol. U. J. K.

**Odpowiedź na „Uwagi" Dra Fr. Łukaszczyka do mojej pracy „Wartość naświetlań raka macicy w świetle badań histologicznych".**

Polska Gazeta Lekarska Nr. 41—42. 1934.

Dla uniknięcia nieporozumień muszę na wstępie zaznaczyć, że artykuł mój, ogłoszony w Nr. 41 i 42 Pol. Gaz. Lek. 1934. jest skrótem pracy (ze względu na brak miejsca) osobno wydanej, a zawierającej szczegółowe dane, dotyczące historyj chorób, a więc także sposobu naświetlań, stosowanych w przypadkach, które były materjałem, poddanym przeze mnie badaniom anatomiczno-histologicznym. Po otrzymaniu z Redakcji P. G. L. pierwszego artykułu p. dr. Łukaszczyka oczywiście przesłałam Mu zaraz drukowany egzemplarz pracy obszerniejszej, zawierającej historję chorób i leczenia materjału przebadanego, o których braku wspomina dr. Łukaszczyk.

Podejmując żmudne i systematyczne badania serjowe macic wyciętych a przedtem naświetlanych, chodziło mi zarówno o przekonanie się, czy, mimo makroskopowego obrazu, mogącego świadczyć o wyleczeniu, dadzą się jednak stwierdzić w macicach ogniska lub komórki rakowe, a także chodziło mi o wykazanie wartości badania serjowego materjału, mniej o stronę kliniczną. Zebrane przypadki były naświetlane w rozmaity sposób, rozmaitą techniką przez trzech różnych radjologów, operowane potem przez jednego operatora. Ze względu na to, że badaniem histologicznem wykryto komórki rakowe w głębi tkanki, mimo że warstwy powierzchowne przedstawiały się zupełnie prawidłowo, klinicznie zaś przypadki te byłyby uznane za wyleczone, a następnie ze względu na to, że wytworzyły się w przymaciczach przerzuty również przy zupełnie zagojonej zmianie pierwotnej, wysnułam logiczny wniosek, że mimo niewykazywania bujania rakowego w badaniu klinicznem, jak również zapomocą badania bioptycznego, radykalny zabieg operacyjny jest wskazany. Dr. Łukaszczyk wysuwa następujące zarzuty: 1) niestosowania odpowiedniej techniki naświetlań, w której widzi główną przyczynę niepomyślnych wyników i 2) niesłuszność wniosków z tych przypadków wysnutych.

Co do techniki naświetlań radowych i rentgenowskich, to, jak późniejsze informacje, uzyskane od jednego z zainteresowanych radjologów, wykazały, przypadki Dr. M. były naświetlane radem w sposób przez szkołę paryską podane, a nadto otrzymały serje naświetlań z pól podbrzusza i krzyżów, wynoszącą około 9.500 r. filtrowanych przez 0.5 Cu i przy napięciu 200 KV. W dwóch przypadkach, przez tego radjologa b. doświadczonego naświetlanych, wyleczenie miejscowe było rzeczywiście zupełne, mimo to jednak w jednym przyp. rozwinął się przerzut w gruczole przymacicznym. Mimo więc stosowania metody, którą Dr. Łukaszczyk uważa za najodpowiedniejszą, i która przez odpowiednie rozmieszczenie preparatów radowych stwarza możliwość równomiernego i intensywnego zadziałania promieni radu, i mimo intensywnych naświetlań rentgenowskich, wytworzył się przerzut a z niego sprawa nowotworowa uogólniła się w ustroju. A więc wynik działania energją promienną, czyto w postaci naświetlań radowych, czy też w postaci naświetlań rentgenowskich na przymacicza, jest niezawsze pewny. Podnoszą to zresztą także inni, z tego powodu Mikulicz domaga się operacji, gdyż nie wierzy w działanie napromienian na przymacicza, które woli wyciąć, przyznaje to zresztą sam Dr. Łukaszczyk, podnosząc, że nawet najlepsza technika stosowania radu od strony pochwy i w kanale macicy niema większego wpływu na zmiany, przechodzące na bezpośrednie sąsiedztwo macicy, i że także zapomocą naświetlań wielkiemi dawkami radu, stosowanemi z odległości zzewnątrz lub zapomocą intensywnego leczenia rentgenowskiego, trudno jest uzyskać dobry wynik. Do tego dołącza się jeszcze ten szczegół, że zapomocą badania klinicznego niezmiernie trudno jest wykluczyć początkowe zmiany w przymaciczach, a mogą one już istnieć przy stosunkowo nieznacznych i początkowych zmianach na wargach części pochwowej. Podnoszą to wyraźnie operatorzy. Z tych powodów radykalne usunięcie macicy wraz z przymaciczami, a tylko o takiem była mowa we wnioskach końcowych, jest uzasadnione. Dlatego też niesłusznym wydaje się zarzut, że „niema żadnego celu usuwanie macicy, jeżeli leczenie promieniami było przeprowadzone należycie". Zgadzamy się wprawdzie z tem, że nawroty raka w samej macicy po odpowiedniem leczeniu są rzadkie, jeżeli występują w tych przypadkach, to rozwijają się w przymaciczach. Mimo to jednak wycięcie radykalne macicy z przymaciczami, nawet klinicznie wolnej od zmian, jest uzasadnione, gdyż, jak już wyżej wspomniałam, kliniczne stwierdzenie braku zmian nowotworowych jest bardzo trudne.

Przez radykalne wycięcie macicy można chore niejako zabezpieczyć przed dalszem rozwinięciem się sprawy nowotworowej. Zarzuty kliniczne, podnoszone przez Dr. Łukaszczyka, są może słuszne. W wielkich statystykach przypadków, leczonych energją promienną i operacją, wyniki są równe, w statystykach, uwzględniających segregowanie przypadków, są nawet lepsze po leczeniu energją promienną, niż po zabiegach operacyjnych. Ale te wnioski wysnuto na podstawie tylko badań anatomo-histologicznych i tylko na nich były one oparte. Sprawa obserwacyj klinicznych i wniosków, które można było z nich wysnuć, nie była zupełnie poruszana, a mogą one doprowadzić do innych zapatrywań. Co do przypadków naświetlanych przez Dr. Sp. i Dr. W., to spowodu ich nieobecności nie można było skontrolować wielkości dawek przez nich stosowanych i sposobów naświetlań, jednak mimo znacznie mniejszych dawek radu w porównaniu z dawkami stosowanemi przez Dr. M., a które stosował Dr. Sp. w kilku swych przypadkach, można było stwierdzić wyleczenie miejscowe. Wprawdzie badanie histologiczne wykazało jeszcze pewien niepokój w komórkach, jednak sprawa nowotworowa była wygojona. Sam więc sposób naświetlań i sama wielkość dawek nie mają może tak zasadniczego znaczenia, jak to przyjmuje Dr. Łukaszczyk. Twierdzenia te są naturalnie oparte tylko na badaniach histologicznych i być może, że z punktu widzenia klinicznego jest to niewystarczające. Klinicznie może są konieczne dawki wyższe i inny sposób naświetlań, od tego, jak je stosował Dr. M. Tutaj jednak, jak już kilkakrotnie zaznaczyłam, chodziło tylko o obrazy anatomohistologiczne.

Zresztą sposoby naświetlań nie są jeszcze ujednostajnione. Są autorzy, którzy tylko w promieniach rentgenowskich widzą czynnik leczniczy i uważają naświetlenia radowe wprost za szkodliwe (Wintz), inni uważają, że tylko promienie radu leczą (Philipp), inni wreszcie, że tylko oba rodzaje energji promiennej mogą dać wyniki (Szkoła paryska). Dalej są wielkie różnice w samym sposobie stosowania obu rodzajów energji promiennej; inaczej naświetlają w Paryżu, inaczej w Sztokholmie, inaczej w Monachjum, inaczej w Erlangen i t. d. Wynika z tego, że sam sposób naświetlań nie jest conajmniej zupełnie miarodajny.

Wkońcu jedna uwaga co do terminu, używanego przez Dr. Sp. „pełnej dawki neoplazmatycznej". Takie określenie dawki było używane bardzo ogólnie przed kilku laty, zwłaszcza w piśmiennictwie niemieckiem. Wintz, który je pierwszy wprowadził, dzisiaj jeszcze je stosuje. Przypadki Dr. Sp. pochodzą sprzed kilku lat i wówczas termin ten był dość powszechnie przyjęty. Zresztą i dzisiaj radjolodzy francuscy posługują się terminem biologicznym zamiast terminu fizykalnego, *dose radioepithelite*, a np. Borak wprost posługuje się dawką epiteljolityczną, którą utożsamia z dawką kancerolityczną. Obok więc dawkowania fizykalnego jest jeszcze nadal stosowane oznaczanie dawek zapomocą dawkowania biologicznego. Co do zdania, że „dawki radu były nieco inne, niż podano w oryginale", to muszę odpowiedzieć, że u dwóch rentgenologów, zgodnie z podaniem przeze mnie, dawka wynosiła 2.800—3.200, natomiast omyłka dotyczyła dawki trzeciego radjologa o tyle, że w historjach chorób podanych przeze mnie dawki są rzeczywiste, a tylko w ogólnej ich sumie zaszła niezależnie ode mnie omyłka, którą jednak prostują liczby, podane w historjach choroby. Wkońcu muszę zaznaczyć, że pierwsze dwa wnioski wysnute są z serjowego badania histologicznego tylko przytoczonych przypadków, a nie są wnioskami uogólnionemi, wniosek trzeci nawet może i musi się stosować wogóle do kontrolnych badań mikroskopowych materjału bioptycznego. Co do wniosku piątego, to, wobec nieujednostajnionej metodyki naświetlań, jest on logiczną konsekwencją wyniku badań przeze mnie przeprowadzonych.

---

## PRACE ORYGINALNE.

Dr. Jerzy JASIEŃSKI. Kraków.

### Przypadek pourazowego wodonercza olbrzymich rozmiarów.

Z Oddz. Chir. Szpitala im. prez. G. Narutowicza w Krakowie.
Ordynator: Dr. Jerzy Jasieński.

Chory lat 27, przed 5 laty w czasie służby wojskowej został kopnięty przez konia w prawą okolicę lędźwiową. Początkowo nie odczuwał większych dolegliwości i w ciągu 10 dni mógł pełnić służbę dalej; oddawany mocz miał być czysty i nie zawierał domieszki krwi. Dopiero po upływie tego czasu zjawiły się pobolewania w prawej okolicy lędźwiowej, nasilające się podczas jazdy konnej i przy forsownych marszach. Wystąpił też obrzęk i bolesność uciskowa prawej okolicy lędźwiowej i krwiomocz, utrzymujący się w ciągu trzech tygodni. Chory przez 10 tygodni przeleżał w szpitalu. Po opuszczeniu szpitala znów nie odczuwał żadnych dolegliwości i pełnił służbę dalej.

W pół roku po pierwszym wypadku podczas przenoszenia zboża z wozu do wagonu obsunęła mu się kładka i chory spadł z wozu z ciężkim workiem na plecach, uderzając prawą okolicą lędźwiową o kłonicę. Uczuł natychmiast bardzo silny ból w boku i nie mógł się poruszać. Wkrótce wszakże powrócił do domu o własnych siłach. Nie wymiotował, odczuwał jednak nudności i silne bóle w prawym boku o charakterze stałym, a po kilku godzinach zauważył po prawej stronie brzucha obecność guza, który szybko się powiększał. W trzecim dniu choroby zgłosił się z tego powodu do szpitala.

Guz wyczuwalny w prawem podżebrzu miał wówczas rozmiary głowy dziecka i posiadał cechy guza nerkowego. Krwiomocz początkowo był tak znaczny, iż kilkakrotnie wstrzykiwano choremu środki wzmagające krzepliwość krwi. Dopiero po upływie kilku tygodni mocz oczyścił się zupełnie i można było wykazać tylko krwiomocz mikroskopowy. Chory nie zgodził się na proponowany mu zabieg operacyjny.

Zgłosił się ponownie do szpitala dopiero po 4 latach. Tymczasem zauważył stopniowe powiększanie się objętości brzucha, stale się nasilające. Krwiomocz nie powtórzył się ani razu. Chory nie odczuwał również nigdy silniejszych napadowych bólów brzucha, nie wymiotował, nie miał uporczywego zaparcia stolca, ani też nie gorączkował. Mocz oddawał zupełnie prawidłowo, bez parcia i w normalnych porcjach. Od czasu do czasu wszakże odczuwał pobolewanie brzucha i bóle w prawem podżebrzu, zjawiające się niekiedy nawet kilkakrotnie w ciągu dnia, zwłaszcza przy chodzeniu, szybko jednak zwykle przemijające.

Stan obecny: Wzrost średni, budowa, odżywienie dobre. Skóra blada, wilgotna, brak obrzęków. Ciepłota ciała normalna. Język wilgotny, nieobłożony. Tętno miarowe, dobrze napełnione i napięte, 80 na minutę. Ciśnienie krwi 140/80 RR.

Dolna granica prawego płuca o 3 palce ustawiona wyżej niż płuca lewego, przesuwalna. Wypuk nad całą powierzchnią płuc jawny; oddech pęcherzykowy, czysty. Granice serca prawidłowe, tony czyste, akcja serca miarowa.

Brzuch silnie nierównomiernie wysklepiony, najsilniej w nadbrzuszu i więcej nieco po stronie prawej niż lewej. Obwód klatki piersiowej — 90 cm, obwód brzucha — 135 cm. Przez powłoki widoczne są obrysy guza, zajmującego całe nadbrzusze i dochodzącego dolnym swym biegunem do połowy odległości między pępkiem a spojeniem łonowem. Brzeg dolny guza znajduje się mniejwięcej na poziomie linji międzykolcowej, górny gubi się w obydwu podżebrzach. Ze względu na elastyczność guza niepodobna zresztą przy obmacywaniu ściślej określić jego granic. Wypuk nad guzem i całym brzuchem jest wyraźnie przytłumiony. Powłoki brzuszne wiotkie. Brak bolesności uciskowej. Guz spoistości jednostajnej, elastyczno-miękkiej, odpowiada spoistości torbieli. Powierzchnia guza gładka. Przy lewobocznem ułożeniu chorego guz przesuwa się nieco ku stronie lewej, przyczem prawe podżebrze i prawa okolica lędźwiowa są znacznie mniej wypuklone, niż w pozycji leżącej nawznak. Brak natomiast wyraźnej przesuwalności guza od góry ku dołowi, jak również jego ruchomości oddechowej.

Mocz kwaśny, przejrzysty, nie zawiera składników patologicznych.

We krwi stwierdzono 90% Hb, 4,800.000 krwinek czerwonych, 6.900 ciałek białych; wskaźnik — 0,93. Biały obraz krwi: limfocytów 38%, ciałek wielojądrzastych 54%, jednojądrzastych 5%, eozynochłonnych 3%.

Odczyn Wassermanna we krwi wypadł ujemnie.

Prześwietlenie przewodu pokarmowego świadczy o pozaotrzewnowem ułożeniu guza. Trzewia są bardzo znacznie przez guz przemieszczone. Żołądek znajduje się wysoko w lewem podżebrzu: jelito cienkie — w miednicy małej; kątnica przylega niemal do bocznej powierzchni powłok po lewej stronie brzucha; okrężnica wstępująca ułożona jest również po stronie lewej i w górnej swej części tylko zagina się łukowato na prawo ku linji środkowej; zagięcie wątrobowe okrężnicy ułożone jest wysoko, na poziomie odpowiadającym prawemu brzegowi kręgosłupa; poprzecznica biegnie lekko łukowato ku dołowi, stykając się na pewnej przestrzeni z okrężnicą wstępującą, wreszcie okrężnica zstępująca przylegając częściowo do wstępującej — jest znacznie ku zewnątrz przesunięta, esica zaś zepchnięta ku dołowi. To znaczne przemieszczenie całego jelita grubego widoczne jest wyraźnie na zdjęciu rentgenowskiem, wykonanem po wlewie kontrastowym.

Przy wziernikowaniu pęcherza stwierdzono prawidłową jego pojemność i brak zmian zapalnych śluzówki. Prawe ujście moczowodu nie jest widoczne, nie widać też fałdu moczowodowego ani międzymoczowodowego; tylko okolica ujścia wraz z brodawką wydaje się wysterczającą nieco ponad poziom otaczającej ją śluzówki. Również próby cewnikowania prawego moczowodu okazały się zupełnie bezskuteczne. Ujście lewego moczowodu ma wygląd szczelinowaty, kurczy się i wydala strumień moczu prawidłowo, barwik zaś po 5 minutach. Z łatwością wprowadzono cewnik do lewego moczowodu na odległość dwudziestu kilku cm od ujścia. Przez cewnik ten stale wycieka mocz kroplami.

Wobec niemożności wykonania prawostronnej pyelografji — wykonano ją tylko po stronie lewej. Pojemność lewej miedniczki nerkowej okazała się dużą, gdyż do jej wypełnienia zużyto 20 cm³ roztworu bromku sodu. Zdjęcie rentgenowskie wykazało dość znaczne rozszerzenie lewej miedniczki nerkowej i kielichów. Okrężnica wstępująca przebiega ku zewnątrz od miedniczki, krzyżując się z kielichami nerki. Choć cień samej nerki jest niewidoczny, znajduje się ona na właściwej wysokości, a na podstawie ułożenia rozszerzonych kielichów i miedniczki można wnioskować, że uległa ona nieznacznemu skręceniu dokoła swej osi poprzecznej. Kielichy są bowiem zwrócone nie wprost ku zewnątrz, lecz ku górze i zewnątrz, miedniczka przebiega skośniej niż normalnie — od góry i zewnątrz ku dołowi i ku wewnątrz, a szczyt jej zwrócony jest niemal prostopadle ku dołowi. Wreszcie moczowód, odchodzący od najniższego punktu miedniczki, jest wygięty łukowato i wyraźnie przesunięty ku zewnątrz.

Chory i tym razem nie zgodził się na proponowany zabieg operacyjny, ani też nawet na nakłucie torbieli, bojąc się prawdopodobnie, że po zabiegu może utracić rentę.

W opisanym przypadku mieliśmy do czynienia z olbrzymich rozmiarów wodonerczem. Znamy z piśmiennictwa szereg przypadków, w których wodonercza osiągnęły tak znaczną wielkość. Ilość wypełniającego torbiel płynu wahała się od 6 do 12 i więcej litrów. Jedyna polska praca Schlingmanna z Kliniki Chirurgicznej Uniw. Poznańskiego mówi o olbrzymiem wodonerczu, składającem się z szeregu szerokich komór, odpowiednio do ilości kielichów nerkowych, zawierającem 6 litrów płynu.

W spostrzeganym przeze mnie przypadku pojemność wodonercza nie jest niestety dokładnie znaną, chory bowiem nietylko nie zgodził się na proponowany zabieg operacyjny, ale również i na nakłucie torbieli dla jej opróżnienia. Ze względu wszakże na olbrzymie rozmiary torbieli, wielki obwód brzucha i najwyższy bodaj jaki jest do pomyślenia stopień przemieszczenia trzewiów brzusznych, przyjąć należy, iż zawierała ona conajmniej kilkanaście litrów płynu.

Opisany przypadek nietylko więc należy do rzadkich, ale też różni się pod wielu względami od wszystkich dotychczasowych doniesień. Nie znalazłem przedewszystkiem żadnej wzmianki w piśmiennictwie o tem, aby torbiel nerkowa największych nawet rozmiarów miała okazywać wpływ bezpośredni na drugą nerkę i mogła doprowadzić do powstania wodonercza po stronie przeciwnej. W tym przypadku ucisk wywierany przez guz na narządy jamy brzusznej odbił się nietylko na przebiegu moczowodu strony przeciwnej, przesuwając go ku zewnątrz i wyginając łukowato, co pociągnęło za sobą utrudnienie odpływu moczu z miedniczki i następowe jej rozszerzenie, ale doprowadził też do skręcenia samej nerki dokoła osi poprzecznej, o czem świadczy zarówno ułożenie jej kielichów zwróconych ku górze i zewnątrz, jak i rysunek miedniczki bardziej niż normalnie ku dołowi zwróconej.

Dalej różną też jest do pewnego stopnia patogeneza tak olbrzymich rozmiarów wodonercza w moim przypadku i w przypadkach znanych z piśmiennictwa. W wywiadach chorego spotykamy dwa urazy prawej okolicy lędźwiowej, których doznał przed 4 i 3½ laty, a następstwa obydwu tych urazów zostały potwierdzone przez badania w czasie pobytu w szpitalu. Można też przyjąć z wielkiem prawdopodobieństwem, że pierwszy uraz wywołał powstanie wodonercza, drugi zaś wpłynął na tak znaczne powiększenie się jego rozmiarów.

Patogeneza wodonercza olbrzymich rozmiarów może być różną. Szereg autorów myśli o wrodzonem pochodzeniu tych torbieli ze względu na to, że wiele spośród znanych z piśmiennictwa przypadków dotyczyło dzieci lub osobników młodych. Często chodzi tu o wodonercza zamknięte, gromadzenie się bowiem płynu w świetle torbieli utrzymuje się długo, aż do chwili, kiedy szczątki miąższu nerkowego ulegną ostatecznemu zniszczeniu. Olbrzymia torbiel nerkowa powstać też może na skutek pęknięcia jednego z naczyń ściany otwartego wodonercza, lub pękniętej całej jego ściany — bądź samoczynnego, bądź też powstałego pod wpływem urazu. Wreszcie w następstwie urazu nerki zdrowej powstać może wodonercze jużto prawdziwe, jużto rzekome.

Sam uraz nerki lub jego następstwa doprowadzić mogą do powstania prawdziwego wodonercza w nerce poprzednio zdrowej. W jednych przypadkach w miejscach wygojonych obrażeń ściany miedniczki lub moczowodu powstają blizny zwężające ich światło. W drugich — ucisk wywierany przez wylew krwawy do otaczających moczowód tkanek zaciska jego światło, zorganizowany zaś po pewnym czasie krwiak lub powstała w tem miejscu blizna ciśnie na moczowód lub powoduje jego zagięcie, prowadząc do zastoju moczu. Niekiedy światło moczowodu ulec może całkowitemu zanikowi. Ilość tego rodzaju znanych z piśmiennictwa przypadków pourazowego prawdziwego wodonercza niektórzy obliczają na 15 do 20, a Wagner dolicza do nich jeszcze 13 mniej pewnych, w których powstanie prawdziwego wodonercza w następstwie urazu przyjąć można z wielkiem prawdopodobieństwem. Zdaniem innych wszakże autorów przypadki prawdziwego wodonercza powstałego w następstwie urazu należą do rzadkości i w większości znanych z piśmiennictwa doniesień w rzeczywistości chodziło o wodonercza rzekome. Na skutek częściowego pęknięcia ściany moczowodu lub miedniczki przychodzi do wylewu moczu do przestrzeni pozaotrzewnowej, w której zaczyna się on gromadzić w corazto większej ilości, następowo zaś dokoła nagromadzonego płynu wytwarza się otoczka łącznotkankowa *(pseudo-haemato-hydronephrosis)*. Torbiel łączy się zwykle z miedniczką lub przebija do niej następowo po dłuższym lub krótszym czasie.

Uraz może wreszcie ugodzić w nerkę dotkniętą wodonerczem. Duże torbiele o cienkich ścianach ulec mogą pęknięciu nawet po nieznacznych urazach brzucha. Najczęściej pęka tylna ściana wodonercza i treść jej przedostaje się do tkanki zaotrzewnowej. Spotykamy w piśmiennictwie dwadzieścia kilka tego rodzaju doniesień.

W opisanym przeze mnie przypadku pierwszy uraz wywołał prawdopodobnie uszkodzenie ściany moczowodu, które pociągnęło za sobą powstanie otwartego wodonercza; niepodobna tylko rozstrzygnąć zupełnie pewnie, czy wodonercze to było prawdziwem, czy też rzekomem. Uraz drugi, doznany w pół roku później, spowodował pęknięcie torbieli, zamienił wodonercze otwarte w zamknięte i już zupełnie niewątpliwie rzekome; stąd też olbrzymie jego rozmiary.

*Piśmiennictwo:*

1) Adler-Rácz. Zeitschr. f. urol. Chir. 24. 5/6. 1928. — 2) Bazy. Encycl. franç. d'urologie. 3. 157. — 3) Brossmann. Zbl. f. Chir. 1922. Nr. 33. — 4) Le Comte. Journal of urol. 15, 6, 1926. — 5) Garré-Ehrhard. Nierenchirurgie. — 6) Jumpertz. Zbl. f. Chir. 4, 1928. — 7) Lepoutre. Arch. des mal. des reins et des organes genito-urin. 3. 1928. — 8) Maisonnet. Arch. des mal. des reins et des org. gent.-urin. 2. 6. 1927. — 9) Papin. Chirurgie du rein. Paris. 1928. — 10) Reisinger und Gruber. Zeitschr. f. urol. Chir. 13. — 11) Schlingmann. Polski Przegląd Chir. T. V. 1926. — 12) Troell. Zbl. f. Chir. 46. 1922. — 13) Wagner. Berliner Klinik. 1894.

---

Dr. Maksymiljan UNGAR. Lwów.

## Wartość praktyczna mikrometody Steigera.

Z Oddziału W. M. Szpitala Lazarusa we Lwowie.

Nowoczesna diagnostyka stara się użyć do celów rozpoznawczych opadanie ciałek czerwonych krwi, jego przyśpieszenie lub zwolnienie. Pomimo szeregu prac, zajmujących się tym odczynem, pozostała do dnia dzisiejszego niewytłumaczona zasadnicza przyczyna opadania krwinek oraz brak zgodnej oceny co do wartości praktycznej tego objawu. Przy tłumaczeniu objawu podstawy osadzania się krwinek i przyczyn jego przyspieszenia lub zwolnienia, uwaga autorów zwraca się najczęściej ku zmianom w równowadze białek krwi, głównie fibrynogenu. Im więcej zaczynu włóknika, tem opadanie jest szybsze, im mniej, tem powolniejsze. We wszystkich stanach chorobowych, czy też fizjologicznych, w których zachodzi przyspieszone opadanie krwinek, znaleźć można w osoczu małą ilość albuminów, natomiast dużą globulinów, do których zalicza się i fibrynogen. Inni tłumaczą szybkie opadanie, jużto zmianą wielkości ciężaru i ilości krwinek (Bürker i Sadlon), jużto zwiększoną ilością cholesteryny a mniejszą lecytyny (Kürten). Abderhalden widzi przyczynę w zmianie ilości hemoglobiny i odczynu białkowego, zaś Maccaburni w zmianie ciężaru właściwego osocza. Pomimo tych tłumaczeń istotne przyczyny przyśpieszonego opadania wyrażone są w formie tylko przypuszczeń i nie mogą być usprawiedliwione we wszystkich przypadkach. Wypadkową wszystkich tych poglądów jest tłumaczenie Höbera i Monda, że w przypadkach z przyspieszonem opadaniem dostaje się do krwi znaczna ilość rozpadowych przetworów białka, elektrycznie dodatnio nabitych, które pozbawiają krwinki ujemnie nabite ich naboju elektrycznego, przez co uszkodzoną zostaje stałość zawiesiny i następuje przyśpieszone opadanie.

Również przy ocenie praktycznej wartości odczynu Biernackiego spotykamy się z różnemi poglądami. Podczas gdy z jednej strony metoda ta gorąco jest polecana, jako doskonała pomoc rozpoznawcza i prognostyczna, jako miara zakażenia, z drugiej strony metoda ta napotyka chłodne przyjęcie.

Po Fahreusie, który w objawie przyśpieszonego opadania krwinek widział dowód ciąży oraz Hirschfeldzie, który znalazł przyspieszone opadanie krwinek w zimnicy, późniejsi autorowie wykazali przyspieszone opadanie ciałek w całym szeregu różnych chorób. Zwłaszcza autorowie niemieccy (Linzenmeyer, Westergreen, Löhr, Geppert i in.) przypisują temu zjawisku wielkie znaczenie, zdaniem niektórych jest ono bardziej czułe, niż stan ciepłoty. Każde wchłanianie rozpadowych przetworów komórek, białka lub jadów objawia się bardzo szybko w tym odczynie, kiedy ciepłota chorego jeszcze zmian nie wykazuje. Z szybkości opadania sądzić można o stopniu zakażenia i potrzebie leczenia, czynnego czy biernego.

Doświadczenia zebrane na Oddziale naszym, nauczyły nas przypisywania wielkiego znaczenia tej metodzie, znajdujemy w niej cenne wskazówki prognostyczne w szeregu schorzeń, nietylko w gruźlicy. Wprawdzie metoda ta nie jest bezwzględnie wystarczająca lub zupełnie pewna; posiada i wady, a opadanie nie zawsze idzie w parze z obrazem krwi, gorączką oraz innemi objawami. Uważamy ją za pomocniczą metodę rozpoznawczą, którą włączyć należy do badań klinicznych.

Ustalamy dziś u każdego chorego obok składu krwi, hemogramu i t. p. i oznaczanie szybkości opadania krwinek. Samo opadanie krwinek nie wystarcza, ale w łączności z innemi objawami klinicznemi odczyn ten niejednokrotnie pomóc może w przypadkach niepewnych i wątpliwych.

Oznaczanie opadania ciałek czerwonych metodą Westergreena i Linzenmeyera wymaga specjalnego przyrządu i potrzebuje dużo czasu. Już Linzenmeyer starał się zaradzić temu, konstruując obok swej oryginalnej metody jeszcze mikrometodę, która nie wymaga pobierania krwi z żyły. Wyniki obliczał według wzoru: wysokość plazmy = 100 : X. Po Linzenmeyerze i inni starali sie uprościć metodę, przedewszystkiem usunąć konieczność nabywania specjalnego przyrządu, który trzebaby nosić ze sobą do domu chorego.

A. Steiger z Essenu skonstruował mikrometodę, przy której wystarcza kropla krwi z palca i melanżer, służący do obliczenia ilości ciałek białych. Dzięki temu oznaczanie nie wymaga specjalnego przyrządu, a czas trwania opadania krwinek jest znacznie skrócony. Metoda ta posiada zatem trzy korzystne cechy praktyczne: jest prosta, tania i szybka.

Chcąc przekonać się o wartości praktycznej tej metody Steigera używaliśmy jej na Oddziele przy badaniu 40 chorych, w różnych stanach chorobowych. Widocznem było, że zachodzą różnice pomiędzy metodą Westergreena, a mikrometodą Steigera, przeprowadzaliśmy zatem równocześnie obydwie w celu porównawczym. Zasada mikrometody według Steigera jest podobna do metody Westergreena. Zrozumiałem jest, że mikrometoda nie wystarcza do oznaczenia całego przebiegu opadania, ponieważ słup krwi jest zbyt krótki, a opadanie kończy się najpóźniej po trzech godzinach. Steiger odczytuje opadanie po 1—2 godzinach. Myśmy również odczytywali po 1 i po 2 godzinach.

*Opis metody.* Jako pipety do naciągania krwi a równocześnie walca, w którym osadzają się czerwone ciałka krwi, używa się melanżeru na leukocyty. Odległość pomiędzy dwoma znaczkami melanżera wynosi 7 mm. Drogę odczytujemy w milimetrach, jak w metodzie Westergreena. Ponieważ melanżer posiada podziałkę od 0 do 1, przeto szybkość opadania może dojść tylko do 70 mm. Do mieszania cytrynianu sodu z krwią używa się podstawki, na której kropla nie rozpływa się. Nie można zatem użyć podstawki ze szkła. Autor radzi używać podstawki celuloidowej w postaci np. nakrywki ze słoików na maść i t. p. Przekonaliśmy się, że można użyć w tym celu i nakrywki blaszanej.

Postępujemy w sposób następujący: do melanżera naciągamy do podziałki 0,5 roztwór 3,8% cytrynianu sodu i wydmuchujemy tę ilość na podstawkę. Następnie igłą Franck'a przecinamy skórę na grzbiecie palca ręki niepracującej, pierwszą kroplę krwi ścieramy, z następnej naciągamy krew do melanżera do podziałki 1. Tę krew wydmuchujemy na kroplę cytrynianu w podstawce. W sposób bardzo ostrożny, unikając powstawania większych baniek powietrza, mieszamy krew z cytrynianem, naciągamy do melanżera i wydmuchujemy tę mieszaninę krwi z cytrynianem kilkakrotnie, aż zmiesza się zupełnie. Drobne bańki powietrza, powstałe przy mieszaniu nie szkodzą, gdyż w melanżerze same idą wgórę. Z tej mieszaniny krwi i cytrynianu wciągamy odpowiednią ilość spowrotem do melanżera do podziałki 1, zdejmujemy gumową nasadkę i dolny koniec melanżera zalepiamy, zanurzając go w stopioną stearynę na zgaszonej świecy. Nie jest właściwem zalepianie melanżera w płynnej stearynie przy palącej się jeszcze świecy, gdyż część ściekníe do stearyny, a słup krwi opadnie. Napełniony i zalepiony melanżer stawiamy pionowo i odczytujemy po 1 i po 2 godzinach szybkość opadania krwinek. Najprościej i najwygodniej jest wywiercić otwór w pudełku, przez który melanżer przechodzi, zatrzymując się o brzeg otworu grubszą swą częścią.

Przed naciągnięciem krwi należy melanżer przepłókać roztworem cytrynianu sodu, by ściany były gładkie, a krew nie przylegała do nich. Po odczytaniu szybkości opadania, otwieramy dolny otwór melanżera przez nieznaczne ogrzewanie nad ogniem i wydmuchujemy zawartość.

Nasuwa się jednak pytanie, do jakiego stopnia polegać można na tej metodzie i jakie ona daje wyniki w porównaniu z innemi metodami? Sam autor wspomina wprawdzie o nieznacznych różnicach zachodzących między tą metodą, a metodą Westergreena, lecz nie podaje własnych wyników, ani porównań z metodą Westergreena.

Na podstawie badań 40 chorych metodą Steigera, doszliśmy do następujących wyników. Najniższe wartości w pierwszej godzinie wahały się pomiędzy 3 a 9 mm. W drugiej godzinie opadanie jest dość znaczne, gdyż wynosi przeszło połowę wartości z pierwszej godziny. W trzeciej godzinie opadanie nie wchodzi prawie w rachubę. Przy stosowaniu tej metody opadanie przebiega szybko, trwa 2 godziny, a wartości są wogóle wysokie.

Metoda Westergreena wykazuje wartości wyższe. Godnem uwagi jest to, że w niektórych przypadkach wartości różnią się znacznie, a w innych różnice są nieznaczne. Porównując obie metody, zauważyliśmy, że wogóle wartości w pierwszych dwóch godzinach różnią się nieznacznie.

Zestawienie, obejmujące 14 przypadków ilustruje stosunek tej metody do metody Westergreena.

| Lp. | Imię i nazwisko | Wiek | Rozpoznanie | Westergreen po 1 godz. | Westergreen po 2 godz. | Mikrometoda po 1 godz. | Mikrometoda po 2 godz. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | A. Pr. | 27 | *Colitis chr.* | 10 mm | 16 mm | 4 mm | 7 mm |
| 2 | J. Bl. | 56 | *Tbc. fibr. ulcerosa* | 21 „ | 32 „ | 31 „ | 45 „ |
| 3 | M. Ba. | 33 | *Ulcus ventric.* | 3 „ | 4,5 „ | 3,5 „ | 5 „ |
| 4 | S. Gr. | 40 | *Nephrosis* | 10 „ | 16 „ | 8 „ | 12 „ |
| 5 | R. Gold. | 52 | *Nephritis* | 85 „ | 120 „ | 28 „ | 37 „ |
| 6 | S. Gel. | 28 | *Tbc. fibr. cas. dextra* | 20 „ | 45 „ | 21 „ | 32 „ |
| 7 | J. Fe. | 45 | *Diabetes mell. Tbc. fibr. ulc. Nephritis* | 14 „ | 30 „ | 3 „ | 8 „ |
| 8 | F. Ko. | 17 | *Polyarthritis rheumatica* | 105 „ | 115 „ | 31 „ | 33 „ |
| 9 | K. Gaw. | 46 | *Bronchitis diff. Myodeg. cordis* | 15 „ | 25 „ | 8 „ | 22 „ |
| 10 | L. Sing. | 22 | *Anaemia sec.* | 15 „ | 22 „ | 15 „ | 18 „ |
| 11 | S. Ster. | 52 | *Cholecystitis chronica* | 23 „ | 40 „ | 30 „ | 46 „ |
| 12 | J. Prow. | 48 | *Endocarditis lenta* | 60 „ | 130 „ | 49 „ | 52 „ |
| 13 | M. Bi. | 32 | *Cholelith. Icterus* | 2 „ | 3 „ | 1.5 „ | 2 „ |
| 14 | M. G. | 54 | *Endocard. chr. s. f. Insuf. mitr. Venostas. hepat.* | 12 „ | 18 „ | 20 „ | 28 „ |

Przypuszczaliśmy, że przyczyna różnic zachodzących pomiędzy metodami leży w różnicy stosunku krwi i cytrynianu w obu tych metodach. W mikrometodzie mieszamy cytrynian sodu z krwią w stosunku 1 : 2, w metodzie Westergreena w stosunku 1 : 4. Powinnoby zatem opadanie ciałek czerwonych w metodzie Westergreena odbywać się dwukrotnie szybciej. Lecz zaledwie w kilku przypadkach spostrzegliśmy to. Mieszaliśmy cytrynian sodu z krwią w mikrometodzie w tym samym stosunku co w metodzie Westergreena i naodwrót, lecz wyniki również się różniły. Zatem obojętne jest, czy cytrynian sodu mieszany jest z krwią w stosunku 1 : 2 czy 1 : 4.

Zasadniczo zatem mikrometoda oddaje nam tę samą usługę, co metoda Westergreena. Jeżeli opadanie jest przyspieszone w przyrządzie Westergreena, to i w melanżerze widzimy przyśpieszone opadanie, aczkolwiek zachodzi pewna różnica liczbowa, co jest zrozumiałem spowodu innej wysokości słupa krwi w obu tych metodach. Tylko w wyjątkowych przypadkach różnice są bardzo znaczne, np. w przypadku 5 i 8.

Metoda Steigera posiada zatem, zwłaszcza dla lekarza praktyka, równą wartość jak inne metody, oznaczające opadanie ciałek czerwonych krwi. Jest to metoda bardzo prosta, tania i wygodna. Szczególną wartość jej stanowi to, że stosować się daje w tych przypadkach, w których trudno jest pobrać krew z żyły, przy badaniu seryjnem u dzieci oraz przy badaniu u łóżka chorego w praktyce prywatnej.

## SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. Emil MEISELS. Lwów.

### Wrażenia z IV Międzynarodowego Kongresu Radjologicznego.

Dokończenie.

Do celów ginekologicznych, dla naświetlań wewnątrzpochwowych zbudowali Schaefer i Witte na podobnych zasadach konstruktywnych opartą rurę, która jest przystosowana do wyższych napięć niż rura Chaoula i Grossmanna. Działanie jej ma zastąpić wewnątrzpochwowe aplikacje radu.

Starania tych autorów dążą do tego, by przez odpowiednie konstrukcje techniczne zastąpić naświetlania radowe kontaktowe. Do pewnego stopnia dały już one wyniki dodatnie i wyniki uzyskane przez Chaoula w zakresie nowotworów skórnych i języka dorównują rzeczywiście wynikom uzyskanym zapomocą naświetlań radowych. Wyniki Schaefera i Wittego nie są wprawdzie jeszcze tak zadowalniające, jednak w miarę udoskonalenia ich rury i potrzebnych do tego przyrządów można się spodziewać, że także i tutaj wyniki staną się lepsze. Rzecz ta cała ma z punktu widzenia praktycznego bardzo doniosłe znaczenie. Leczenie rentgenowskie jest bowiem znacznie tańsze i w krótszym czasie można znacznie większą ilość chorych obsłużyć niż leczeniem radowem. Następnie leczenie rentgenowskie nie wymaga hospitalizacji. Jeżeli więc jest ono w stanie zastąpić działanie radu, w takim razie całe zagadnienie promieniolecznictwa ulega z punktu widzenia ekonomicznego znacznemu uproszczeniu. Możliwem staje się wówczas zdecentralizowanie walki z rakiem i przez to rozszerzenie i rozprzestrzenienie jej staje się zagadnieniem niezbyt trudnem do zrealizowania. Chaoul dąży, jak się sam wyraził, do tego, by każdemu radjologowi dać w ręce aparat nadający się do leczenia raków. Ten kierunek walki z rakiem, który, jak już wyżej wspomniałem, zaznacza się przedewszystkiem w Niemczech, idzie więc innemi drogami niż w krajach romańskich i anglo-saskich. Dla stosunków naszych sposób ten nadaje się o wiele lepiej. Wobec ciężkiego przesilenia ekonomicznego, które Polska przeżywa, urządzenie zakładów z dostatecznie wielką ilością radu i odpowiednią ilością łóżek, jest wobec wysokich kosztów z jakimi to jest połączone, rzeczą bardzo trudną do urzeczywistnienia. Zdając sprawę i opisując zakłady przeciwrakowe w innych państwach, podałem jak wielkie ilości radu są do tego potrzebne. Do tego dołączają się duże koszty hospitalizacji chorych. Te wszystkie wydatki zmniejszają się znacznie przy stosowaniu rentgenoterapji. Na walkę przeciwrakową zapomocą odpowiednio wyposażonych pracowni rentgenowskich nie są potrzebne duże fundusze i mimo ciężkiego przesilenia ekonomicznego jest to osiągalne. Już w dzisiejszym stanie rzeczy można zrezygnować bez szkody dla chorych, z telecurieterapji, do której potrzebne są gramy radu kosztujące setki tysięcy dolarów. Można też zrezygnować w pokaźnej liczbie nowotworów powierzchownych z leczenia radowego kontaktowego i śródmiąższowego i zastąpić je odpowiednio przystosowanem leczeniem rentgenowskiem tak, że rad staje się potrzebny tylko jako uzupełnienie napromienianń rentgenowskich w pewnych nowotworach, a do tego kilkadziesiąt mg radu na zakład wystarczy.

Tak mniejwięcej przedstawia się obecnie sprawa naświetlań rentgenowskich i radowych, które, jak widzimy, rywalizują ze sobą i wpływają przez to na cały kierunek walki z rakiem. Tutaj musimy jeszcze dodać, że w ostatnich czasach podniosły się pewne nowe zastrzeżenia przeciw naświetlaniom rentgenowskim. Wychodzą one z teoretycznych badań nad rakiem i z wyników prób serologicznych. Okazuje się mianowicie, że promienie rentgenowskie w przeciwieństwie do promieni radu, nie są w stanie wpłynąć na dodatni wynik próby Freund-Kaminera. Próba ta polega, jak wiadomo, na wykrywaniu u chorych na raka t. zw. kwasu rakowego, który zdaniem tych autorów, ma osłaniać komórki rakowe przed cytolizą. Pod wpływem naświetlań radowych kwas ten przemienia się znowu w normalny kwas jelitowy, z którego powstaje, na co przeciwnie naświetlanie rentgenowskie nie wywiera żadnego wpływu. Badania Freund-Kaminera są już znane wprawdzie oddawna, jednak dopiero w ostatnich czasach próbie ich przypisuje się większe znaczenie, a tem samem naturalne i różnice w wpływie na nią promieniowań rentgenowskich i radowych nabierają większej ważności klinicznej.

Wachtel wystąpił ostatnio z innem ujęciem tej sprawy. Zdaniem jego promieniowanie rentgenowskie może zastąpić promieniowanie radowe wszędzie tam, gdzie chodzi o stosowanie promieni $\gamma$. Natomiast tam, gdzie mają być stosowane promienie $\beta$, którym autor przypisuje specyficzne, radjochemiczne działanie, mające zdaniem jego w promieniolecznictwie nowotworów bardzo wielkie znaczenie, tam rad nie jest do zastąpienia. Autor domaga się też stosowania w lecznictwie nowotworów obu rodzajów energij promiennych, które nie mogą być przez siebie zastąpione.

Te ostatnie zapatrywania są pod względem naukowym bardzo cenne. Czy będą miały także i pod względem kliniczno-leczniczym znaczenie, jest jeszcze rzeczą niewiadomą i nierozstrzygniętą. Tak jak się obecnie sprawy mają, można w wielkim zakresie nowotworów uzyskać zapomocą samych naświetlań rentgenowskich pełne i trwałe wyleczenia. I dlatego też w rozbudowaniu rentgenoterapji, które ponadto i ze strony organizacyjno-leczniczej nie jest zbyt ciężkie i trudne do przeprowadzenia, można śmiało duże nadzieje pokładać. Czy rentgenoterapja potrafi zupełnie wyeliminować curieterapję, na to narazie przyszłe badania i doświadczenia kliniczne odpowiedzą.

Posiedzenie inauguracyjne zostało zamknięte przemówieniem Prof. Sauerbrucha z Berlina o podstawach współpracy radjologji i chirurgji. Wyłożył on w niem swe zapatrywania o wzajemnym stosunku chirurgji do radjologji. Zdaniem jego niema między niemi przeciwieństw, a natomiast istnieje wiele celów wspólnych i równoległych. Podobnie jak chirurgja tak i radjologja nie była z początku zaliczana do sztuki lekarskiej, tem bardziej, że rozwój jej odbywał się przedewszystkiem na drodze techniczno-fizykalnej. W rzeczywistości jest radjologja ostatniem i może najefektowniejszem potwierdzeniem anatomicznego sposobu myślenia w medycynie. Nie należy tylko przez przecenianie anatomicznych i radjologicznych obrazów przesuwać na plan drugi znaczenia dynamicznych czynników schorzenia. Prawdziwą wartość uzyska radjologja tylko w ścisłej współnocie z całokształtem wiedzy klinicznej.

Popołudniu zaczęły się właściwe obrady Kongresu. Podzielono je w ten sposób, że każde przedpołudnie, z wyjątkiem pierwszego, poświęcone było referatom i koreferatom głównym, a popołudnia obradom sekcyj, których było ośm i które równocześnie obradowały. Referatów głównych było 10. Omówione zostały przez 10 referentów głównych i 35 koreferentów. Tematy poszczególnych sekcyj były w ten sposób rozdzielone, że sekcje A i B zawierały Diagnostykę rentgenowską, sekcje C i D Promieniolecznictwo, sekcja E Radjobiologję, sekcja F Radjofizykę i Radjotechnikę, sekcja G Elektrologję, i sekcja H Heljoterapję. Ogółem wygłoszono w sekcjach około 470 wykładów. Wszystkie wykłady zarówno referatowe jak i wygłoszone w sekcjach zostały zebrane w drugim tomie publikacyj Kongresu. Jest to spory tom, o 600 stronach, który w streszczeniu podaje treść obrad Kongresu i daje tem samem przegląd obecnego stanu całej radjologji. Na wyszczególnienie zasługuje jego bardzo staranna techniczno-drukarska strona.

Pierwszy referat główny był poświęcony diagnostyce rentgenowskiej nowotworów kostnych. Miał go wygłosić Kienböck z Wiednia, który jednak nie przyjechał i nadesłał tylko streszczenie referatu. W streszczeniu tem omawia Kienböck, który należy do najlepszych znawców w tej dziedzinie, z właściwą sobie wnikliwością, poszczególne postacie pierwotnych dobrotliwych i złośliwych nowotworów kostnych, ich klasyfikację, i obrazy rentgenowskie, obrazy przerzutów kostnych i rozpoznanie różniczkowe zmian zapalnych i dystrofji. Jako koreferent wystąpił Mathey-Cornat z Bordeaux, który omawiał mięsaki i złośliwe nowotwory kostne. Rozpoznania radjologiczne demonstrowanych przypadków poparte były wynikami badań histologicznych. Dużą część wykładu poświęcił omówieniu budowy i umiejscowienia różnych postaci przerzutów kostnych. W ramach referatu głównego mówił jeszcze Looser o guzach olbrzymiokomórkowych. Uważa je za twory pourazowe, nie zaś za samoistne nowotwory w przeciwieństwie do autorów amerykańskich. Tkankę, z której są zbudowane, uważa za tkankę ziarninową. Jak każda przewlekło-zapalna tkanka tak i ta tkanka ziarninowa może niekiedy, choć zdarza się to wyjątkowo rzadko, przejść w złośliwe bujanie mięsakowe. Wogóle jednak należą guzy olbrzymiokomórkowe do tworów dobrotliwych.

Tematem drugiego głównego referatu był obraz rentgen. gruźlicy płucnej. Wykłady na ten temat odbyły się w St. Moritz. Referentem głównym był Herrnheiser z Pragi, który omówił krytycznie podłoże struktury obrazu rentgen. gruźlicy płucnej. Na strukturę obrazu rentgenowskiego składają się zarówno czynniki anatomiczne jak i fizykalno-techniczne. Prelegent pomija większe i napewne nienormalne zmiany w obrazie rentgen., których rozpoznanie nie przedstawia trudności i zajmuje się dokładniej temi objawami, które leżą na względnie szerokiem pograniczu pomiędzy napewne prawidłową i napewne patologiczną strukturą obrazu płucnego. Tu należą „delikatne drobne cienie plamkowate, delikatny rysunek pasemkowaty, wzmo-

żony rysunek naczyniowy, rozpoczynające się rozjaśnienie i t. d.". Ocena tych objawów jest często samowolna i subjektywna. Podstawą dla rentgenologicznej analizy powinna być dokładna znajomość podłoża prawidłowej struktury. Autor omawia szczegółowo systematykę anatomji płuc podaną przez Felixa, który w każdym płacie odróżnia trzy części: 1) szypułę płatu, utworzoną przez duże naczynia i główne oskrzela, 2) jądro płatu, które odpowiada obszarowi rozprzestrzeniania się wachlarzowato rozchodzących się gałęzi naczyń i oskrzeli od pierwszego do trzeciego stopnia i 3) płaszcz płatu, który tworzy szeroki przeciętnie na 4 cm miąższ złożony z zrazików płucnych. Szypułe płatów odpowiadają w obrazie rentgen. cienie wnękowe. Wszystkie większe pasemkowate cienie normalnego obrazu płuc, o przekroju począwszy od 1,5 do 2 mm mają swoje podłoże w jądrze płatu. Płaszcz płatu zaznacza się w obrazie rentgen. normalnym tylko bardzo delikatnemi cieniami. Normalny rysunek płucny powstaje z sumowania się cieni jądra i płaszcza. Cienie jądra są zasadniczo wyraźniejsze i przeważają w obrazie rentgenowskim. Cienie płaszcza pochodzą prawie zawsze z płaszczów zewnętrznych, leżących w pobliżu powierzchni błony fotograficznej. Autor opisuje obraz rozprzestrzeniania się naczyń w jądrze i przychodzi do wniosku, że gałęzie ich przebiegające promienisto lub mniej lub więcej pionowo do płaszczyzny granicznej, zostają często trafione osiowo w obrazie rentgenowskim i powstające przez to pseudocienie o przekroju do 2 mm są niejednokrotnie uważane za zmiany patologiczne. Ostre kontury, regularne rozmieszczenie w siatce rysunku naczyniowego i okrągły kształt powinny służyć jako kryterja rozpoznawcze. Ważną jest dokładna znajomość i ostrożne osądzanie t. zw. wzmożonego rysunku naczyniowego w bocznych częściach pól płucnych w odległości około 2 palców od bocznej ściany klatki piersiowej. Jest to projekcja naczyń rozgałęziających się w płaszczyźnie granicznej pomiędzy jądrem, a płaszczem płatu. Niekiedy występuje on bardzo wyraźnie i wówczas jest nawet przez znawców uważany za zmianę patologiczną. Dzieje się to tem łatwiej, gdyż sprawy chorobowe, specjalnie gruźlicze bardzo często tworzą tu zagęszczenia. Autor zajmuje się wreszcie zagadnieniem, czy także i żyły zaznaczają się w obrazach rentgenowskich i przychodzi do wniosku, że naczynia żylne podobnie jak i tętnicze mogą być podłożem cieni w obrazach rentgenowskich płuc. Jako koreferenci omawiali Assmann z Królewca obrazy rentgenowskie nacieków wczesnych, Fleischner z Wiednia krwiopochodne postacie gruźlicy płucnej u dorosłych i Maragliano z Genui powstawanie i cofanie się kawern.

Westermark z Sztokholmu mówił o powstawaniu i przebiegu atelektazy w gruźlicy płucnej. Powstaje ona bądźto przez zatkanie światła oskrzela przez aspirowaną krew po większych krwotokach, bądźto przez zamknięcie światła przez gruźlicze zmiany w samych ścianach oskrzela, bądź też wreszcie przez ucisk wywierany zzewnątrz przez powiększone gruczoły chłonne na ściany oskrzela. Charakterystyczną cechą niedodmy są znaczne i uderzająco szybko występujące zmiany w konfiguracji i rozmiarach zaciemnionych części, zwłaszcza w niedodmach występujących z dwu pierwszych przyczyn. Oprócz tego występuje tu przemieszczenie serca i śródpiersia ku stronie chorej i wahadłowe przesuwanie się tych części podczas oddychania, a w przypadkach, w których zajęte są znaczniejsze części płuc, przychodzi ponadto do zapadnięcia się ściany klatki piersiowej, wysokiego ustawienia przepony i zmniejszonych ruchów oddechowych. Co do znaczenia niedodmy dla prognozy, zdania są podzielone. Jedni autorzy przyjmują, że otacza ona jakby płaszcz chroniący schorzałe części płuc, inni zaś są zdania, że przeciwnie przyśpiesza rozwój gruźlicy.

Tematem trzeciego głównego referatu było promieniolecznictwo raków macicy. Pierwszym mówcą był Lacassagne z paryskiego instytutu radowego, który omówił rozwój i rozmaite sposoby promieniolecznictwa stosowane w tem schorzeniu. Wedle jego doświadczeń i spostrzeżeń najodpowiedniejszą metodą jest kombinacja miejscowego leczenia radowego zapomocą preparatów radowych rozmieszczonych odpowiednio w jamie macicy i w pochwie z naświetlaniami zzewnątrz przez powłoki brzuszne. Naświetlania zzewnątrz mogą być dokonywane bądźto zapomocą telecurieterapji, bądź też zapomocą naświetlań rentgenowskich o napięciu około 200 KV. Naświetlania zapomocą wyższych napięć, tak jak są one obecnie stosowane w Ameryce i w niektórych klinikach niemieckich uważa za interesujące próby, jednak rezultaty ich nie są jeszcze dojrzałe dla wyrobienia sobie sądu o ich wartości. Sprzeciwia się stosowaniu igieł radowych wbijanych w masy nowotworowe i w przymacicza przez niektórych autorów, którzy wprowadzają je nawet drogą operacji poprzez powłoki brzuszne, a to spowodu niebezpieczeństwa wytworzenia się przetok i martwic i niemożliwości dokładnego dawkowania. Drugim mówcą był Heyman z Sztokholmu, który przedstawił wyniki promieniolecznictwa raka macicy uzyskane w Radiumhemmet. W jego referacie na szczególną wzmiankę zasługują wyniki uzyskane w rakach trzonu macicy, które są tak korzystne, że i w tych rakach stosują wyłącznie promieniolecznictwo. Po Heymanie przemawiał Przewodniczący Komisji Rakowej Ligi Narodów Sir George Buchanan, który w związku z poprzedniemi referatami oświadczył, że Komisja Rakowa Ligi Narodów postanowiła oprzeć swą pracę na ścisłem współdziałaniu ze wszystkiemi zakładami zajmującemi się promieniolecznictwem raka macicy, gdyż tylko przez wzajemną wymianę doświadczeń i spostrzeżeń ta metoda lecznicza będzie się mogła dalej rozwijać i doskonalić[1]). Wykład Regauda, kierownika paryskiego instytutu radowego odpadł spowodu niezjawienia się prelegenta. W referacie zamieszczonym w sprawozdaniu omawia Regaud szczegółowo fizykalne, anatomiczne i biologiczne czynniki, od których zależy ostateczny wynik leczniczy naświetlań. Zwraca uwagę, że raki zakażone oddziaływują o wiele gorzej. Poleca poprzednie zbadanie flory pochwowo-macicznej co do obecności paciorkowców i zbadanie zdolności bakterjobójczych krwi próbą Philippa-Rugiego. Stwierdzenie braku tych zdolności, lub słaby ich stopień, nakazuje wielką ostrożność w przeprowadzeniu leczenia radowego. Voltz przedstawił metodę stosowaną przez niego na Klinice Monachijskiej. Leczenie rozpoczyna się od naświetlań przysadki, po nich następują naświetlania rentgenowskie okolicy podbrzusza i krzyżów z wielu pól i na zakończenie miejscowe naświetlania radowe w stosunkowo małych dawkach. Wyniki uzyskane w 2340 przypadkach upoważniają go do wyłącznego stosowania w dalszym ciągu promieniolecznictwa w raku macicy. Ostatnim referentem był Wintz, który zdał sprawę z wyników uzyskanych zapomocą naświetlań rentgenowskich, stosowanych wedle jego specjalnej metody w klinice w Erlangen. Wedle jego doświadczeń dodatkowe naświetlania radowe nie przyczyniają się w wyraźniejszym stopniu do poprawy wyników, przy dokładnem stosowaniu jego metody. Zapatrywania Wintza są jednak odosobnione i nie znalazły dotychczas poparcia i potwierdzenia ze strony innych radjoterapeutów.

Czwarty główny referat był poświęcony promieniolecznictwu raków jamy ustnej i gardła. Pierwszym referentem był Perussia z Mediolanu. Zdaniem jego nie należy obecnie stosować promieniolecznictwa tylko w przypadkach nieoperacyjnych lub zaniedbanych. Naświetlania preparatami radowemi i promieniami rentgenowskiemi dają tu we wszystkich przypadkach wyniki lepsze niż operacje. Do zabiegów chirurgicznych nadają się tylko przerzuty do gruczołów szyjnych, o ile są ruchome i niezrośnięte z otoczeniem. Wielkie znaczenie przypisuje zabiegom zapobiegawczym jak koagulacji miejsc z leukoplakjami. Dla uniknięcia bolesnych martwic szczękowych, występujących niekiedy po naświetlaniach radowych, poleca troskliwą higjenę ust po ukończeniu napromieniań. Wywody Perussiego zostały poparte przez Bervena, który na szeregu instruktywnych obrazów demonstrował wyniki uzyskane w tych rakach w Radiumhemmet. Coutard z Paryża przedstawił wyniki naświetlań rentgen. raków części krtaniowej gardła. Wyniki, które autor ten pierwszy uzyskał w tej dziedzinie, są bardzo korzystne i przewyższają znacznie rezultaty uzyskane tutaj drogą operacji. Coutard przypisuje wyniki te swej metodzie, która polega na znacznem przedłużeniu i rozdzieleniu naświetlań na 30 do 40 dni, dających w sumie bardzo wysokie dawki, dochodzące do 7000—8000 r. Na temat ten przemawiali jeszcze jako koreferenci Finzi z Londynu, Pfahler z Filadelfii i Quick z Memorial-Hospital w New Yorku.

Zagadnieniami radjogenetyki zajmował się piąty główny referat. Referentem głównym był Mueller z Austin w Texas, koreferentami Pickhahn i Timofeeff-Ressowski z Berlina i Stubbe z Müncheberg. Mutacje zostają wywołane zarówno przez bezpośrednie działanie kwantów promiennych jak i przez promieniowania wtórne. W równych dawkach mają promienie rentg. jak i promienie ciał radjoaktywnych równy wpływ na wywoływanie mutacji. Zapatrywania, że wpływ promieni $\gamma$ jest pod tym względem silniejszy, polegały na niedokładnych pomiarach. Światło pozafiołkowe również jest w stanie wywoływać mutacje i zdaje się, że przy warunkach korzystnych posiada także światło słoneczne tę zdolność.

---

[1]) W tym celu zakłady promieniolecznicze w poszczególnych państwach mają być uproszone do zestawienia swych wyników w tabelach przedłożonych przez Sekcję Higjeny Ligi Narodów, które następnie zebrane mają być podstawą światowej statystyki.

Szósty referat główny był poświęcony promieniowaniu mitogenetycznemu, które dzięki pracom Gurwicza i jego współpracowników należy obecnie do jednych z najbardziej interesujących zagadnień biologicznych. Pierwszym referentem był Salkind z Leningradu, który na podstawie omówienia wyników dotychczasowych badań dochodzi do następujących wniosków końcowych: 1) tkanka rakowa jest źródłem intensywnego mitogenetycznego promieniowania, które pochodzi z trzech źródeł, a mianowicie z glikolizy, nukleolizy i protolizy, 2) pomiędzy promieniowaniem tkanek prawidłowych, a tkanek rakowych zachodzą znaczne różnice i tak promieniowanie mitogenetyczne wyjętej z ciała i izolowanej rogówki zanika zupełnie i bezpowrotnie, gdy tymczasem tkanka rakowa izolowana traci tę właściwość tylko na jakiś czas i wkrótce odzyskuje ją spowrotem, 3) prawidłowe tkanki fizjologiczne jak przybłonek rogówki, nerwy, dalej drożdże, naświetlane przez czas dłuższy tracą zdolność samoistnego promieniowania i zaprzestają rozmnażać się, nerwy zatracają pobudliwość (mitogenetyczna parabioza), natomiast komórki rakowe są na wpływ promieniowania pochodzenia egzogenicznego niewrażliwe i zatrzymują w dalszym ciągu zdolność dzielenia się i promieniowania, 4) egzogeniczne promieniowanie mitogenetyczne nie jest bodźcem dla nieograniczonego rozmnażania się komórek rakowych, 5) cechą charakterystyczną komórek rakowych jest ich zwiększona przepuszczalność dla fermentów, wskutek czego ich czynność fermentacyjna ma charakter pozakomórkowy i jest zwrócona nazewnątrz, w przeciwieństwie do komórek tkanek normalnych, dla których charakterystycznym jest wewnątrzkomórkowy przebieg procesów fermentacyjnych; jest to związane z działaniem mitogenetycznego promieniowania komórek rakowych, wzmagającego ich przepuszczalność. Koreferenci Friedrich z Berlina i Rajewski z Frankfurtu zwracają uwagę na trudności związane z badaniem tego zagadnienia i na brak porozumienia co do metod badania pomiędzy pracującymi w tej dziedzinie. Stąd różne i sprzeczne wyniki u różnych autorów.

Tematem VII referatu była analiza strukturalna. Referentem głównym był Astbury z Leeds, koreferentami Debye z Lipska, Ewald z Stuttgartu i Herman z Budapesztu. Interferometryczne badania strukturalne molekułów promieniami rentgen. lub elektronowemi umożliwiają poznanie ich budowy wewnętrznej. Wewnątrz molekułów udało się zmierzyć odstępy pomiędzy atomami i to z dokładnością do 1%. Ewald zwraca uwagę na znaczenie, jakie badania te mają dla medycyny i biologji. Dotychczasowa lekarska diagnostyka rentgen. wykazuje tylko anatomiczną, lub najwyżej z grubsza histologiczną strukturę. Badania oparte na interferencjach rentgen. pozwalają poznać szczegóły strukturalne leżące poza zasięgiem mikroskopu. Badania te pozwalają dalej oznaczyć na drodze czysto fizykalnej strukturę stereochemiczną i dostarczają przez to głębszego wglądu w działanie farmakologiczne różnych środków leczniczych. Badania strukturalne pozwoliły w skomplikowanych ciałach znajdujących się często tylko w minimalnych ilościach poznać bliżej ich budowę i dostarczyły danych dla późniejszych badań chemicznych (Badania interferometryczne steroli, oestryny, witaminy B).

Sprawa ujednostajnienia dawkowania fizykalnego w leczeniu rentg. i radowem była tematem VIII referatu. Holthusen główny referent omówił szczegółowo cały kompleks zagadnień pomiarów i dawkowania promieniowań. Na podstawie swych licznych prac i doświadczeń mógł on udowodnić, że z jednej strony promienie rentg. tak miękkie jak i twarde, a z drugiej strony promienie $\gamma$ ciał radjoaktywnych, zastosowane w tych samych warunkach, wywołują w równych fizykalnych dawkach równe skutki biologiczne. Okazało się przytem, że przyczyna większej tolerancji ustroju na silniejsze dawki w promieniolecznictwie radowem jest tylko pozorna. Tak np. dawki aplikowane przy naświetlaniach radowych z odległości, które można porównywać z długo trwającemi naświetlaniami rentgen., leżą w tych samych granicach. Podobnie jak w naświetlaniach rentgen. nie można porównywać ze sobą dawek mierzonych w jednostkach „r" bez bliższego określenia warunków naświetlań, taksamo i w dziedzinie naświetlań radowych jest to niewłaściwe. Samo oznaczenie dawki w jednostkach „r" nie wystarcza. Zgodność działania biologicznego występuje dopiero wówczas, kiedy obok równej wysokości dawki także i warunki naświetlań czasowe i przestrzeniowe są takie same. Jako jednostkę mierniczą poleca Holthusen miligramogodzinę działającą z odległości 1 cm, mgh/cm. Przy zastosowaniu filtru 0.5 cm Pt równa się ona 7.8 r. Koreferenci Failla i Quimby z New Yorku, Mallet z Paryża i Kaye i Binks z Londynu potwierdzili w swych referatach wywody Holthusena.

Referat dziewiąty brzmiał: twarde promieniowanie $\gamma$ i promieniowanie przenikliwe pochodzenia ziemskiego i kosmicznego. Referentem głównym był Sievert z Sztokholmu. Temat ten wychodził właściwie z granic medycyny i dotyczył szerokiej dziedziny zagadnień stosunku człowieka do środowiska. W podróżach balonowych Hess i Kolhörster odkryli nowe bardzo przenikliwe promieniowanie, przewyższające 15-krotnie przenikliwość najtwardszych promieni $\gamma$. Od roku 1920 wielu uczonych zajmowało się badaniem tego ultratwardego promieniowania, zwanego też promieniowaniem kosmicznem i piśmiennictwo dotyczące tej sprawy jest już wcale obszerne. Promieniowania te mają, zdaje się, także i pewne biologiczne działanie, jak dotychczas jednak mało poznane. Ma się tu może do czynienia z jakimś klimatologicznym czynnikiem, zależnym od pewnych specjalnych miejscowych warunków, którego znaczenie dla ludzi jest jeszcze niezbadane. Może pewne objawy, które w niejasnej formie znane są różdżkarzom, związane są z działaniem tych promieniowań. Dla biofizyki otwierają się tu nowe pola pracy. Koreferentami byli Hess z Insbrucku, który mówił o wahaniach w promieniowaniu kosmicznem, Kolhörster z Berlina i Piccard z Brukseli, który miał mówić o technice badań ultratwardych promieniowań w dużych wysokościach. Oczekiwany z wielkiem napięciem referat Piccarda odpadł niestety spowodu niezjawienia się prelegenta.

Ostatni, dziesiąty referat dotyczył terapji krótkofalowej. Referentem głównym był Schliephake z Giessen, jeden z twórców tej nowej fizykalnej metody leczniczej. Wedle jego badań, potwierdzonych przez innych autorów metoda ta charakteryzuje się następującemi właściwościami: 1) specjalny sposób rozgrzewania tkanek, działający bezpośrednio na najmniejsze nawet cząstki, molekuły, 2) działanie selektywne, fale o pewnych długościach rozgrzewają tylko pewne tkanki, 3) specyficzny wpływ na koloidy i 4) możliwość koncentrowania stopnia rozgrzania w pożądanej głębi. Pomyślne wyniki uzyskane przez tego autora w dziedzinie rozmaitych ropień, zapaleń, nerwobólów i t. d. zostały potwierdzone przez koreferentów, którymi byli Dausset z Paryża, Liebesny z Wiednia i Rechou z Bordeaux. W tłumaczeniu mechanizmu działania różnią się jednak ci autorzy od Schliephakego.

Referat dziesiąty był ostatnim z referatów programowych. Jest może rzeczą niesłuszną ograniczanie się tylko do sprawozdań z referatów głównych, stanowiących wprawdzie główną oś Kongresu, a pomijanie wykładów i pokazów w sekcjach, w których wiele nowych i interesujących spraw omówiono. Nie można jednak omówić nawet zwięźle tych 450 wykładów w ramach referatu zbiorowego. I dlatego wspomnę na zakończenie tylko o referatach autorów polskich. Dr. Sabat przedstawił swoją metodę radjografji wewnątrzprostniczej. Zapomocą specjalnie dla tego celu skonstruowanego aparatu wprowadza się do prostnicy film fotograficzny, chroniony przed zanieczyszczeniem i przed światłem i który można w pożądanem miejscu ustalić. Aparat ten oddaje dobre usługi przy zdjęciach kości ogonowej i dolnych części kości krzyżowej, następnie spojenia łonowego, tylnej części cewki moczowej i woreczków nasiennych po poprzednim wypełnieniu ich środkami kontrastowemi. Nadaje się również dobrze do wykazywania drobnych konkrementów w gruczole sterczowym i wreszcie także do wykazywania punktów kostnych w wczesnych okresach ciąży. Dr. Grynkraut mówił o podstawach doświadczalnych naświetlań profilaktycznych w przypadkach nowotworów złośliwych. Na podstawie doświadczeń nad wpływem naświetlań na szczury, którym wszczepiono następnie komórki mięsaka Jensena, dochodzi on do wniosku, że naświetlania profilaktyczne dawkami intensywnemi są zalecane tylko u osobników silnych, z nieuszkodzonym układem krwiotwórczym, natomiast u osobników wycieńczonych, anemicznych stosować należy tylko naświetlania słabe. Zawadowski mówił o nowotworach dobrotliwych kiszki grubej i ich radjologicznych objawach. Sprawy te przebiegają często pod objawami kolek żółciowych lub uporczywych krwawień kiszkowych i prowadzą nieraz do ciężkiej niedokrewności. Odpowiednio przeprowadzone badanie radjologiczne pozwala rozpoznać właściwą sprawę i sprowadzić leczenie na odpowiednie drogi. W jednym z jego przypadków guz w zgięciu wątrobowem był utworzony przez tłuszczak o średnicy 7 cm. Zawadowski zwraca uwagę na to, że guzy takie zaznaczają się już na zdjęciach pustych tem, że cień ich jest bardziej przejrzysty od cieni części sąsiednich.

Ostatnie plenarne posiedzenie odbyło się wedle starego zwyczaju szwajcarskiego na wolnem powietrzu, na łące leżącej przy drodze pomiędzy St. Moritz a Pontresiną. Ogłoszono wszystkim uczestnikom uchwały zapadłe na obradach delegatów i z życzeniem „dowidzenia" na Zjeździe przyszłym w Chicago w roku 1937. Prof. Schinz zamknął IV Międzynarodowy Kongres Radjologiczny.

Zbierając wrażenia, jakie na nas uczestników Kongres wywarł, musimy stwierdzić, że były one bardzo silne. Miało się poczucie uczestniczenia w wielkiem wydarzeniu naukowem. Otrzymało się całą sumę nowych podniet i nowych wglądów w rozległą dziedzinę badań przyrodniczych i medycznych. Przez odpowiedni dobór referentów głównych, z których wielu było odkrywcami dziedzin, o których mówili, otrzymał Kongres szczególną osobistą barwę, tak cenną, gdy chodzi o przedstawienie nowych kierunków nauki. Obrady Kongresu wykazały, jak coraz więcej miejsca zajmują fizykalne metody badania i leczenia w ramach badań medycznych i jak coraz większe korzyści otrzymuje się z tego dla lecznictwa. Do rozwiązania poruszonych na posiedzeniach plenarnych jak i sekcyjnych spraw biologicznych i lekarskich konieczną jest ścisła współpraca nauk przyrodniczych i medycyny. Przekonaliśmy się dalej, jak bardzo zależny jest człowiek w swych przejawach życiowych od środowiska i jak coraz ściślejszym staje się związek pomiędzy zjawiskami fizykalnemi, a biologicznemi. Związek z całością przyświecać powinien wszystkim metodom leczniczym, o ile nie chcą się zgubić w labiryncie przypadkowości i szczegółów. Wykazanie konieczności tego związku było jednym z głównych celów Kongresu, który w całości został osiągnięty.

---

## BIBLJOGRAFJA.

### Artykuły oryginalne w czasopismach.

### Piśmiennictwo polskie.

*Przemysl Chemiczny.* Nr. 1—2. 1935. Cichocki T.: Metoda szybkiego oznaczenia Cr i Ni obok Mn w stopach żelaznych zawierających C powyżej 1%. — Heller W.: Nowa metoda oznaczania zawartości drożdży w brzeczce zapomocą aerometru i jej zastosowanie do badania przebiegu separacji w drożdżowni. — Ruebenbauer H.: Zafałszowanie oleju orzechowego olejem kokosowym. — Duczko K.: Otrzymywanie i własności fizykochemiczne amalgamatów: srebra, cyny i cynku. — Sznajder L.: Mało znane reakcje jakościowe nieorganiczne. — Kuczyński T.: Prace w laboratorjum Inżynierji Chemicznej. — Grossmann W.: Drogi, motoryzacja i paliwo. — Spis rzeczy za r. 1934.

*Trzeźwość.* Nr. 2. 1935. Michałowicz M.: Przykład w wychowaniu. — Kielanowski T.: Sport a alkoholizm. — Iżycki A.: Jaka jest rada, aby nauczyciele nie bili uczniów. — Szymański J.: Polskie Ustawodawstwo Przeciwalkoholowe. — Nałęcz-Ostrowska Szymańska H.: Z dziejów obyczaju w Polsce. — Koskowa Z.: Sobota (nowela). — Luxówna R.: Właściwie o nic (nowela).

*Warszawskie Czasopismo Lekarskie.* Nr. 12. 1935. Feigin M.: Istota choroby reumatycznej w świetle nowych prac. — Lewenfisz M.: Przyczynek do rentgenoterapji układu wegetatywnego i gruczołów dokrewnych. — Srebrny J.: Rzadki przypadek zwężenia tchawicy.

*Pielęgniarka Polska.* Nr. 3. 1935. N. N.: Wielki opiekun umysłowo chorych. — Weimanówna J.: Szkolenie Sióstr Pogotowia Sanitarnego P. C. K. w szpitalach wojskowych. — Jokiel A.: Doraźny opatrunek w złamaniach zamkniętych.

*Nowiny Lekarskie.* Z. 6. 1935. Starzewski W.: Upławy jako objaw chorobowy. — Grochmal St.: Zmiana poglądów na rolę fizjologji w medycynie. — Stojałowski K.: Epigastrius parasiticus. — Małecki J.: Acidoalkaloza eksperymentalna w otorynologji. — Fliederbaum J.: Odcinkowe zmiany wodochłonności skóry w dusznicy sercowej i ich znaczenie różniczkowe rozpoznawcze.

*Medycyna.* Nr. 6. 1935. Filiński Wł.: Istota i leczenie posocznicy. — Kondratowicz Wł.: Złośliwa marskość nerek w przebiegu kiłowego zarastającego zapalenia tętnic. — Dziewanowski M.: Badania nad obciążeniem wątroby zapomocą podawania kazeiny. — Iwaszkiewicz J.: Spostrzeżenia kliniczne nad leczeniem hemopoetycznem niedokrwistości.

*Wiadomości Farmaceutyczne.* Nr. 13. 1935. Turowska J.: Mikroflora źródeł mineralnych. — Rosner G. A.: Poprawianie uszkodzonych naczyń glinowych i ich izolacja.

*Prasa Lekarska.* Nr. 4. 1935. Miesięcznik referatowy.

*Medycyna Praktyczna.* Z. 3. 1935. Melanowski W. H.: Choroby zawodowe narządu wzroku. — Łobacz St.: Leczenie zimnicy nalewką eukaliptową.

*Medycyna Doświadczalna i Społeczna.* T. XIX. Z. 3—4. 1935. Fleck L.: Studja z dziedziny serologji kiły. — Frendzlowa J. i Szymanowski Z.: Dalsze badania nad paraglutynacją. Próby różniczkowania antygenu H i O. — Frendzlowa J. i Szymanowski Z.: Doświadczenia nad immunoizoaglutyninami we krwi świń. — Förster St.: Wpływ ergotaminy na gospodarkę cieplną ustroju. — Redler E.: O stałości i zmienności cech pałeczki błonicy rzekomej. — Nowikówna H.: Charakterystyka szczepów pałeczki okrężnicowej otrzymanych z gleby. Zabłocki B. i Morzycki J.: Z badań nad własnościami antygenowemi pałeczek duru brzusznego. Doniesienie I. Endotoksyna tyfusowa otrzymana metodą wielokrotnego zamrażania. — Morzycki J. i Zabłocki B.: Z badań nad własnościami antygenowemi pałeczek duru brzusznego. Doniesienie II. Atoksyczna szczepionka tyfusowa. — Dzięciołowski St.: Przyczynek do miareczkowania siły wakcyny na królikach.

*Wiadomości Weterynaryjne.* T. XIV. Nr. 176. 1935. Stefański W. i Obitz K.: W sprawie częstości występowania i rozmieszczenia gza bydlęcego (Hypoderma sp.) na terytorjum Rzpltej Polskiej. — Stefański W. i Obitz K.: O rozmieszczeniu małego gza bydlęcego (Hypoderma lineatum de Villers) w Polsce. — Stefański W. i Obitz K.: Metody zwalczania gza bydlęcego (Hypoderma sp.). Sprawozdanie za rok 1934. — Stefański W. i Obitz K.: Zestawienie uwag powiatowych lekarzy weterynaryjnych o występowaniu i zwalczaniu gza. — Obitz K.: Zarys biologji gza bydlęcego.

*Biologja Lekarska.* T. XIV. Z. 2. 1935. Walter Fr.: Związki arsenowe i bizmutowe w leczeniu kiły.

*Polskie Zioła.* Nr. 3. 1935. Marjański J.: Frontem ku wsi! Filipczak J.: Miododajne rośliny lecznicze. — Biegański J.: Kozłek lekarski. — Hetner R.: O dochodowości uprawy roślin leczniczych. — Branka Akavić: Rozwój zielarstwa w Jugosławji.

---

## OCENY.

*Physiologie et physiopathologie du système reticulo-endothelial. (Fizjologja i Fizjopatologja układu siateczkowo-nabłonkowego).* ALBERT H. DU BOIS. Masson, Paris. 1934. Stron 204. Cena 36 fr.

Młoda, a tak owocna nauka o układzie śródbłonkowo-siateczkowym, która w wzgardzonej przez Virchowa tkance łącznej odkryła „czynną mezenchymę", rozwinęła się szczególnie w Niemczech i w Ameryce, podczas gdy kraje łacińskie wykazywały i wykazują dla niej nadal stosunkowo bardzo mało zainteresowania. Monografja opracowana przez A. Du Bois jest bodaj pierwszą w języku francuskim, która ogrom materjału doświadczalnego usiłuje przedstawić w sposób przystępny i objektywny, i jak na małe rozmiary dzieła, niemal wyczerpujący. Autor omawia na wstępie morfologję i fizjologję u. ś.-s., poczem opisuje najważniejsze metody badania czynnościowego; w drugiej, obszerniejszej części dzieła, znajdujemy (nieco encyklopedycznie) przedstawioną rolę u. ś. s. w przemianie barwików fizjologicznych, tłuszczów, węglowodanów, wody i białka, oraz jego znaczenie w chorobach zakaźnych. Interesujące, choć może za krótkie, są następnie rozdziały o znaczeniu u. ś. s. w nauce o odporności, alergji i anafilaksji; wpływ u. ś. s. na rozwój nowotworów doświadczalnych omówiony jest dość wyczerpująco. Trzecia część (najkrótsza), poświęcona jest lecznictwu i obejmuje rozdziały o wewnętrznem wydzielaniu, o wpływie naświetlań i chemoterapji. Najważniejszą zaletą dzieła jest nadzwyczajna prostota i jasność w przedstawianiu zagadnień niejednokrotnie trudnych, które w innych ujęciach (szczególnie w piśmiennictwie niemieckiem) wydają się nieraz nader powikłane a nawet mało przystępne. Cennem uzupełnieniem jest zestawienie piśmiennictwa, obejmujące blisko 600 prac i doprowadzone do lipca 1933.

*Dr. T. Kielanowski* (Lwów).

---

## PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

### Biologja.

*Wpływ światła przepuszczanego przez kolorowe szyby na gojenie się ran.* COSTANTINI. Pathologica. 1935. Luty.

Costantini badał doświadczalnie wpływ światła różnokolorowego, a raczej przepuszczanego przez różnokolorowe szyby na gojenie się ran u 70 samców świnek morskich równej wagi i pozostających w równych warunkach. Okazało się, że najszybciej goją się rany pod wpływem światła błękitnego, następnie stopniowo: białego, zielonego, żółtego, wreszcie czerwonego.

C. (Kraków).

*Kontaktowe działanie pola mitogenetycznego.* M. BARON. Arch. Biologicz. Nauk. T. 35. Serja B. 1. 1934.

Promieniowanie mitogenetyczne właściwe jest każdemu zespołowi komórek, jeśli tylko zachodzą podziały komórek. Rozróżnia się pierwotne i wtórne promieniowanie mitogenetyczne, których źródła są wyrazem zupełnie różnych procesów. T. zw. promieniowanie pierwotne komórek, które bezpośrednio poprzedza podział oraz następnie go wzmaga, jest właściwe jedynie komórkom znajdującym się w optymalnych warunkach pod względem przemiany materji. W kulturach drożdży na stałem podłożu znajdują się owe komórki na granicy podłoża. Wtórne promieniowanie komórek powstaje tylko pod wpływem działających na komórki kwantów energji promiennej, i jest właściwe komórkom, które nie są zdolne do podziału, jednak zawierają pewną niezbędną ilość materjału energetycznego. W kulturach o stałem podłożu odżywczem ten typ promieniowania występuje najlepiej w komórkach źle odżywianych, powierzchownych warstw hodowli. Każde naświetlenie zzewnątrz, jak również promieniowanie pierwotne głębszych warstw hodowli rozprzestrzenia się w kulturze przy pomocy tych właśnie wtórorzędnych promienio-źródeł. Na wewnętrzne mitogenetyczne pole kultury składa się zarówno promieniowanie głębokich warstw, jak również wtórorzędne powierzchownych. Na szczycie podziału osiąga wewnętrzne pole mitogenetyczne maksymum swego nasilenia. W czasie tym dzielą się wszystkie zdolne do podziału komórki, i przez żadne sztuczne wzmożenie promieniowania mitogenetycznego nie można osiągnąć przyśpieszenia wzrostu kultury. Hodowla zaś nieznajdująca się w optymalnych warunkach wzrostu zawiera zawsze pewną niezużytą jeszcze ilość wtórorzędnych „promienio-źródeł" (ognisk) jak też i komórek zdolnych do podziału lecz jeszcze niepodzielonych. Przez pobudzenie tych komórek do wcześniejszego podziału zapomocą naświetlenia zzewnątrz można wzmóc mitogenetyczny efekt, wyrażający się procentowym wzrostem pączkowania. Płynne kultury drożdży, jako nieznajdujące się w optymalnych warunkach wzrostu, można przyrównać do środkowych warstw kultur o stałem podłożu odżywczem. Jako rzecz ważną dla teorji efektu mitogenetycznego wysuwa się zagadnienie co do jakościowego charakteru wpływającego na kulturę promieniowania, ściślej mówiąc zagadnienie podziału stosownie do czasu, ilości kwantów potrzebnych do wywołania efektu mitogenetycznego. Z tego punktu widzenia można podzielić źródła promieniowania mitogenetycznego na grubo- i drobnorozprószone układy. Źródła grubo-rozprószone promieniują rzadkie lecz silne pęki kwantów. Drobno rozprószone zaś źródła promieniują równomiernie. Na podstawie całego szeregu pośrednich danych można przyjąć, że promienie mitogenetyczne jedynie w tym wypadku wywołują podział komórki zdolnej do dzielenia się, jeśli ta będzie naświetlona nierównomiernie, zarówno pod względem czasowym jak i wobec swej powierzchni komórkowej. Tym wymaganiom odpowiadają napozór jedynie źródła grubego rozprószenia. Znany zaś fakt, że mitogenetyczny efekt udało się wywołać lampą rtęciową, można tłumaczyć tylko czynnością drugorzędnych promieniotwórczych źródeł. Przyjmuje się, że rozpad materjałów energetycznych w źródłach (ogniskach) wtórorzędnego promieniowania zachodzi pod wpływem jednego, pojedynczego kwantu, a towarzyszy mu równoczesne wypromieniowanie całego strumienia kwantów. Te rozważania hipotetyczne co do powstawania i rozprzestrzeniania się efektu mitogenetycznego opierają się na 3 podstawowych założeniach, wydedukowanych z pośrednich danych. 1) Komórka zdolna do podziału jest nieczułą (niewrażliwą) wobec pojedynczego kwantu. 2) Już pojedynczy kwant wystarcza, by wywołać wtórorzędne promieniowanie. 3) Jako bodziec dla komórki zdolnej do podziału uważać należy jedynie całkowity prąd kwantów. Praca niniejsza poświęcona jest doświadczalnemu dowiedzeniu powyższych 3 założeń. Doświadczenia wykonano na 12-godzinnych hodowlach drożdży piwnych. Efekt mitogenetyczny oznaczano zarówno metodą oznaczenia procentowego pączkowania jak również sposobem liczenia w stoliku Thoma-Zeissa. Zhemolizowana krew królicza z glukozą (0.5%) jak też i autolizat nerki szczurzej z glukozą służyły za źródło systemu prom. drobno-rozprószonego; za system grubo-rozprószony użyto krwi z magnezjum. Dla wykazania bezpośredniego (nie przez wtórorzędne ogniska promieniotwórcze) działania pojedynczych kwantów lub prądów kwantowych na komórki zdolne do podziału, domieszano do wspomnianych źródeł promieniowania jeszcze płynne hodowle na czas ekspozycji. W ten sposób stworzono mitogenetyczne pole kontaktowe, a uniknięto przejścia podniety drogą *relais* (przez wtórorzędne promieniowanie). Jako kontrole służyły hodowle, które przez ten sam czas co doświadczalne przebywały w kontakcie z analogicznemi lecz mitogenetycznie obojętnemi płynami. Doświadczenia wykazały, że zanurzenie drożdży w promieniotwórcze środowisko stwarza zupełnie nowe stosunki w działaniu pola mitogenetycznego. Przy pomocy szeregu doświadczeń kontrolnych można wykluczyć chemiczny wpływ środowiska — hemolitycznego lub autolitycznego pola — na proces pączkowania drożdży przynajmniej w warunkach ekspozycji zastosowanej przez autora. Wynika z tego, że działanie pola kontaktowego leży w specyficznym charakterze promieniowania. Zdolność promieniowania krwi zhemolizowanej lub autolizatu może być zniesiona przez zniszczenie fermentów drogą ogrzania. Drobno-rozprószone pole kontaktowe nie wywołuje zupełnie samo przez się pączkowania. Wynika z tego, że zdolne do podziału komórki są niewrażliwe na pojedyncze kwanty. Dodatnie efekty indukcyjne w polu drobno-rozprószonem mają tylko pośrednie znaczenie. Powstają one dzięki wmieszaniu się wtórorzędnego promieniowania do zjawiska. Wynika z tego, że drobno-rozprószone pole kontaktowe (pojedyncze kwanty) zdolne jest zupełnie do wzbudzenia wtórnego promieniowania. Doświadczenia wykazały w dalszym ciągu, że po osiągnięciu maksymum promieniowania przez pole kontaktowe, żadne czynniki zzewnątrz pochodzące maksymum tego nie podnoszą. Wreszcie autorowie wykazali, że długotrwałe działanie pola kontaktowego, jak również długotrwałe naświetlanie zzewnątrz prowadzi do mitogenetycznej depresji, co tłumaczy się wyczerpaniem i zubożeniem kultur w ogniska (materjały) drugorzędnego promieniowania.

*W. S. Holobut* (Lwów).

### Patologja.

*Rzadki przypadek pneumatosis cystoides intestinorum hominis.* KAZMIN. Medicinski Pregled. Nr. 8. 1934.

U chorego z *stenosis pylori* i *tbc. pulmonum* wykonano laparotomję, w czasie której znaleziono w ścianie jelita twory torbielowe na długości około 3 metrów. Przechodziły one przez wszystkie warstwy i dochodziły wielkości grochu i śliwki. Podobne zmiany znaleziono i w najbliższych gruczołach. Mikroskopowo stwierdzono, że ściana wewnętrzna wyścielona była śródbłonkiem, a ściany jelita nacieczone leukocytami i komórkami olbrzymiemi. Prawdopodobnie dostały się do naczyń limfatycznych ściany jelit jakieś bakterje wytwarzające gaz.

*R. L.* (Lwów).

*O cholesterynemji pooperacyjnej.* D. BORIĆ. Medicinski Pregled. Nr. 10. 1934.

Poziom cholesteryny we krwi w znacznej większości przypadków opada (do 40% wartości normalnej) po zabiegu operacyjnym i to niezależnie od ciężkości zabiegu. W dość znacznej ilości przypadków poziom cholesteryny podnosi się nieznacznie, wyjątkowo pozostaje bez zmian. Autor przypisuje to zjawisko wstrząsowi. *R. L.* (Lwów).

*Wpływ rozmaitych przetworów wapniowych na poziom wapnia w gruźlicy płuc.* VJ. KUŠAN. Liječnicki Vjesnik. Nr. 11. 1934.

Autor wypróbował u 95 chorych cztery przetwory Ca. a to *calcium chloratum* 10%, $CaCl_2$ 1½%, *Selvadin* i *Calcium Sandoz*. O ile idzie o wysokość i trwałość sztucznie podwyższonego wapnia we krwi, na pierwszem miejscu stawia *Selvadin*, na drugiem *Calcium Sandoz*, na trzeciem $CaCl_2$ 10%. $CaCl_2$ 1½% okazał się bezwartościowym. *R. L.* (Lwów).

Liječnicki Vjesnik. Nr. 12. 1934.

Zeszyt poświęcony I. dorocznemu zjazdowi jugosłowiańskiego Towarzystwa Ftizjologicznego. Przynosi szereg prac poświęconych klasyfikacji postaci gruźlicy płucnej, oraz leczeniu gruźlicy.

*R. L.* (Lwów).

*Morbus Chiari (endophlebitis obliterans hepatica).* K. LUSIC-KY. Liječnicki Vjesnik. Nr. 9. 1934.

Autor opisuje przypadek własny tego rzadkiego cierpienia, (około 40 przypadków zaledwie znanych), u kobiety 34-letniej. Rozpoznanie kliniczne brzmiało *cirrhosis hepatis*, podejrzenie na *tumor hepatis*. Wykonano operację wedle Talmy, chora zmarła. W obrazie klinicznym prócz znanych objawów jak: biegunki, skłonność do wymiotów, bóle żołądka i krzyżów, zmienny obrzęk wątroby, obrzęk śledziony, *ascites*, brak obrzęków kończyn dolnych, zwracała uwagę poliglobulja dochodząca do 7 miljonów erytrocytów. Autor przyjmuje pochodzenie zakaźne schorzenia (może być i kiłowe) i łączy je w swoim przypadku z procesami septycznemi w narządach rodnych. Pierwsze objawy pojawiły się mianowicie w 8 miesięcy po septycznym porodzie, a po 6 dalszych miesiącach doszło do zupełnego zamknięcia *vena hepatica*.

*R. L.* (Lwów).

*Znaczenie myelografji dla umiejscowiania guzów rdzenia.* BRECELJ B. Zdravniški Vestnik. VI. Nr. 11. 1934.

U kobiety 24-letniej, dotkniętej bólami nerwu kulszowego po stronie prawej, z zaburzeniami ze strony pęcherza i *rectum* nabrano przekonania o istnieniu guza w obrębie *cauda equina*. Wykonano myelografję; barwik zatrzymał się na wysokości L 5—S 1 przy kilkakrotnych kontrolach. Operacja wykazała na tej wysokości guz *(angiofibrolipoma)*, który wyłuszczono. Wyleczenie.

*R. L.* (Lwów).

### Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

*Zasady leczenia skurczu odźwiernika.* H. WILKE. Med. Klin. Nr. 36. 1934.

Istnieją dwie możliwości leczenia: zachowawcze i operacyjne. Są przypadki, które częściowo dietą, częściowo środkami leczniczemi zostają opanowane i pomimo wymiotów nie wykazują dłużej trwającego zatrzymania wagi. Oseski rzeczywiście strumieniem wymiotujące, u których w trzecim tygodniu obraz chorobowy rozwija się do pełnej wysokości, wykazują ciężką postać schorzenia; jeżeli wystąpi nagła strata na wadze, jako znak wzmożonej chwiejności więzi ustrojowej gospodarki wodnej, to nie należy zwlekać z operacją. W bardziej łagodnych przypadkach należy odczekać 10—14 dni, czy nie uda się uzyskać przybytku na wadze.

Przy badaniach promieniami Roentgena należy uważać, żeby czas obserwowania nie był krótszy niż 8 godzin. Istnieje grupa przypadków, przy których prześwietlenie daje natychmiastowe wskazania do operacji wykazując zupełne zamknięcie odźwiernika, gdzie praktycznie pożywienie nie dostaje się do jelit.

Drugą grupę stanowią przypadki, w których po 8 godzinach połowa zaledwie pożywienia przechodzi do jelit, co również daje wskazania do natychmiastowej operacji, gdyż zachowawcze leczenie doprowadzi do stanu niedożywienia.

Trzecią grupę nadającą się do zachowawczego leczenia stanowią przypadki, w których po 8 godzinach 2/3 treści pokarmowej przechodzi do jelit. Jeżeli stan nie poprawia się w ciągu 2 tygodni — należy i te przypadki przesłać na operację.

*J. Jaskólska* (Kraków).

*Przyczynek do leczenia krztuśca szczepionką.* E. SAUER. Med. Klin. Nr. 30. 1934.

Brak dodatnich wyników przy stosowaniu szczepionki przeciwkrztuścowej należy przypisać wadliwemu jej przyrządzaniu. Pałeczka Bordet-Gengou, która wywołuje krztusiec niezawsze bywa odróżniania od pałeczki Pfeiffera — influency. Podczas zarazy grypy są one bardzo często hodowane jako bakterje Bordet-Gengou. Kellerowi, Klopstockowi jak Gundel i Schlüterowi udało się pewnie zróżnicować te dwie grupy.

Zgodnie z ich wynikami jest sporządzona szczepionka J. G. Farbenindustrie. Znajduje się w handlu w opakowaniu stanowiącem 3 ampułki po 1 cm³, które zawierają 4, 5, 8 miljardów zarazków. Stosuje się ją domięśniowo w 3-dniowych przerwach.

Istnieje jeszcze szczepionka Peteina, która jest sporządzona z 50 szczepów ostatniej zarazy.

I dawka nie wpływa na objawy choroby; II powoduje zmniejszenie się kaszlu w nocy; a w dzień występuje raczej kaszel podrażnieniowy.

Najlepiej działa, zastosowana zapobiegawczo (u rodzeństwa) lub w okresie nieżytowym.

Dla odróżnienia nieżytowego okresu krztuśca od nieswoistego zapalenia oskrzeli należy odetchnąć pyłem eukalyptusu, co wywołuje napad.

Z 75 dzieci leczonych J. G. Farbenindustrie 82.6% dało dobre wyniki.

*J. Jaskólska* (Kraków).

*O leczeniu zapalenia płuc surowicą wielowartościową.* H. REINWEIN. Med. Klin. Nr. 37. 1934.

Od 1890 r. stosowane są w zapaleniach płuc przetwory chininy, które działają bardzo dobrze, o ile są użyte już w pierwszych dniach choroby.

Równie stare jest leczenie włóknikowego zapalenia płuc — surowicą pneumokokową.

Obecnie prace niemieckich i amerykańskich autorów rozróżniają różne typy dwoinki zapalenia płuc, z których typ 1, 2 ma wywoływać najczęściej chorobę u ludzi młodych. Autor stosował surowicę otrzymaną przez uodparnianie koni temi właśnie typami dwoinek zapalenia płuc, — u ludzi przeciętnie 28-letnich — w 2—4 dniu choroby z wynikami, jak podaje niekiedy, zdumiewającemi. Ciepłota opadała, samopoczucie chorych było świetne. Miejscowe objawy w płucach znikały wkrótce po odgorączkowaniu się, kontrole Roentgena nie stwierdzały nacieku.

Surowicę stosował dożylnie w 2 zastrzykach z dawką antyanafilaktyczną.

U 2 chorych leczonych surowicą przyszło po odgorączkowaniu, jeszcze do drugostronnego zapalenia płuc.

Za swoistem działaniem tej surowicy w porównaniu z końską przemawia, zdaniem autora wcześniejsze odgorączkowywanie się chorych.

Czy leczenie surowicą skraca pobyt w szpitalu, nie może odpowiedzieć na podstawie obserwacji 34 przypadków.

*J. Jaskólska* (Kraków).

*Leczenie schorzeń wątroby i dróg żółciowych.* E. LAUDA. Med. Klin. Nr. 39. 1934.

Należy rozpatrywać oddzielnie: 1) leczenie schorzeń miąższu wątrobowego t. j. komórek wątroby i 2) leczenie schorzeń dróg żółciowych i woreczka żółciowego, chociaż często odgraniczenie takie jest trudne, gdyż np. lekkie *cholangitis* może taksamo jak *hepatitis* dawać obraz żółtaczki zwykłej, a posocznicze zapalenie dróg żółciowych *(cholangitis septica)* może przebiegać z uszkodzeniem lub bez uszkodzenia miąższu wątrobowego.

Przyczynowe leczenie przy schorzeniach miąższu wątrobowego daje się zastosować tylko w nielicznych przypadkach jak: żółtaczce kiłowej, gorączce powrotnej, chorobie Weil'a, żółtej febrze.

Istota leczenia miąższu wątrobowego polega na usiłowaniach nagromadzenia glikogenu w komórkach wątrobowych, co przeciwdziała odtlenianiu glikogenu przez sprawy zwyrodnieniowo-martwicze. Do tego celu służy dieta węglowodanowa i leczenie insuliną i cukrem gronowym, chociaż to ostatnie często w praktyce zawodzi; praktycznie podajemy insulinę 2 razy dziennie po 10—15 j. podskórnie i około 50 g cukru, który może być jako glukoza podany dożylnie.

Środki żółciopędne jak decholina poprawiają wydzielanie żółci; ale nie należy zapominać, że one też działają trująco i mogą pogorszyć uszkodzenie miąższu — z tego względu raczej wskazane są słabe żółciopędne środki jak woda karlsbadzka i małe dawki kalomelu. Leczenie schorzeń dróg żółciowych polega na opróżnieniu, wyczyszczeniu i wyjaławianiu dróg żółciowych. Przy kamicy należy być ostrożnym z silnemi środkami żółciopędnemi, gdyż możemy spowodować zupełne zatkanie kamieniem dróg odpływowych. Nie należy się łudzić, żebyśmy nawet najsilniejszym środkiem żółciopędnym zdołali pokonać opór ujścia i przepchnąć kamień do dwunastnicy. Staramy się natomiast zwiotczyć i rozszerzyć ścianki przewodów przez podawanie: belladony, atropiny, atropaweriny, oelin i t. p. Z obawy przed niebezpieczeństwem zaklinowania kamienia leczenie żółciopędne powinno być łączone z przeciwskurczowym. Przy leczeniu oliwą, tak lubianej przez niepowołanych, odchodzą podobne do żółciowych kamienie olejowe.

Przewlekłe zapalenie dróg żółciowych leczy się lekko żółciopędną dietą. Wzbraniamy potraw silnie drażniących woreczek żółciowy jak tłuszcz, żółtka, móżdżek cielęcy — dzięki zawartości cholesteryny, potraw wzdymających; polecamy częste — co 2 godziny posiłki w małych dawkach.

Ze środków odkażających — urotropina, cylotropina i pochodne kwasu salicylowego są prawie bezskuteczne — natomiast wysokie dawki trypaflawiny mają działanie odkażające, ale są bardzo trujące.

Leczenie wodami mineralnemi działa bardzo dobrze, szczególnie naturalnemi, chociaż naukowo nie zostało wyjaśnione na jakiej drodze.

Wlewanie do dwunastnicy stosuje autor wtedy, jeżeli inne środki żółciopędne zawodzą. Praktycznie codziennie rano przez zgłębnik dwunastnicowy wprowadzamy 100—300 cm³ 20% roztworu siarczanu magnezowego, albo 200 cm³ wody karlsbadzkiej, albo 100 g oliwy. Odruch powoduje zupełne opróżnienie dróg żółciowych.

Organoterapja jest jeszcze mało stosowana. Mają podobno działać wyciągi z błony śluzowej woreczka i przewodów żółciowych. Rozstrzygnięcie pytania — operować czy nie operować, zależy od wieku chorego, od kliniki przypadku i t. p. Operować należy tylko w 1 wolnym od napadów okresie.

*J. Jaskólska* (Kraków).

*O wykazywaniu prątków gruźliczych we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym w pląsawicy.* LOEWENSTEIN. Med. Klin. Nr. 39. 1934.

Prace Reittera i autora wykazują, że w 70% przypadków ostrego zapalenia stawów można wykazać prątki gruźlicze. W schorzeniu pokrewnem, często następowem po zapaleniu stawów jak pląsawica, badania te również musiały być przedsięwzięte i dały wynik podobny, t. j. wykazały zarazki gruźlicze

zarówno we krwi jak i w płynie mózgowo-rdzeniowym. Dzisiaj mówi się wogóle o tle gośćcowem pląsawicy, jak dawniej o zapaleniu opłucnej i zapaleniu tęczówki, które dzisiaj w 90% jako gruźlicze są uznane.

Autor podaje 3 sposoby wykazywania we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym zarazków gruźliczych:

a) przez zwykłe barwienie sposobem Ziehl-Neelsena osadu płynu mózgowo-rdzeniowego;

b) szczepienie zwierzętom osadu płynu mózgowo-rdzeniowego;

c) hodowanie na pożywkach.

Badanych było 12 prób krwi i 7 prób płynu mózgowo-rdzeniowego, z których 5 razy krew a 6 razy płyn wykazały prątki gruźlicze.

Z tego faktu należy wyciągnąć wskazania dla leczenia, które powinno być tylko swoiste.

*J. Jaskólska* (Kraków).

*Prądy o wysokiej częstości w chorobach przemiany materji.* DELHERM i DEVOIS. Nutrition. T. 4. Nr. 3. 1934.

Autorzy zalecają klatkę autokondukcyjną, łoże kondensatorowe, diatermję i krótkie fale w następujących sprawach chorobowych: w przewlekłym gośćcu stawowym dnawym, pochodzenia dokrewnego, pochodzenia zakaźnego i na tle czynników mechanicznych. Natomiast gościec gruźliczy Ponceta źle reaguje na leczenie rozmaitemi formami prądów o wysokiem napięciu. W gośćcu stosuje się prądy o wysokiem napięciu ogólnie i miejscowo. Ogólnie pod formą sztucznego podniesienia ciepłoty i działania przeciwjadowego zapomocą klatki autokondukcyjnej, łoża kondensatorowego i krótkich fal. Miejscowo stosuje się diatermję lub krótkie fale w ograniczonych schorzeniach stawów np. w zapaleniu stawu biodrowego, barkowego i t. d. Fale krótkie stosuje się w tych wypadkach przez pół godziny 15—20 razy. Pożądanem jest równoczesne stosowanie naświetlań promieniami Roentgena, zwłaszcza w wiewiórowych zapaleniach stawów. W dnawem zapaleniu stawów należy stosować diatermję lub krótkie fale, lub łoże kondensatorowe i klatkę autokondukcyjną. *Wszystkie te zabiegi wskazane są po ustąpieniu ostrego okresu.* W otłuszczeniu wskazane są: gorące kąpiele, faradyzacja, krótkie fale. W migrenie wskazanem jest stosowanie krótkich fal, łoża kondensatorowego lub klatki autokondukcyjnej.

*Mester* (Kraków).

*Radjoterapja cukrzycowych zapaleń tętnic i jej działanie na cukrzycę.* L. LANGERON i R. DEPLATS. Nutrition. T. 4. Nr. 3. 1934.

Według autorów promienie Roentgena wywierają działanie naczynioruchowe i rozszerzające naczynia, jakoteż i działanie znieczulające. Również mają one zdolność obniżania poziomu cukru we krwi. Autorowie ilustrują te zapatrywania pięciu przypadkami kazuistycznemi. *Mester* (Kraków).

*Fizjoterapja przewlekłych schorzeń gośćcowych.* H. DAUSSET. Nutrition. T. 4. Nr. 3. 1934.

Autor zaleca polifizjoterapję — stosując zabiegi kąpielowe, elektryczne, masaż, radjoterapję i t. d. *Mester* (Kraków)

*Leczenie otyłości zabiegami elektrycznemi.* LAQUERRIERE. Nutrition. T. 4. Nr. 3. 1934.

U otyłych, niemogących wykonywać ruchów autor uzyskiwał znaczne odtłuszczenie zapomocą metody Bergonié. Prąd elektryczny przechodząc przez cały ustrój wywiera silne działanie na gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu.

*Mester* (Kraków).

*Rola wychowania fizycznego w chorobach przemiany materji.* BELLIN du COTEAU. Nutrition. T. 4. Nr. 4. 1934.

Przez wykonywanie ruchów powoduje się wzmożoną czynność narządów krążenia, oddychania i aparatu mięśniowego. Również przewód pokarmowy i narządy wydzielnicze jak skóra i nerki wykazują po ruchach wzmożenie czynności.

*Mester* (Kraków).

*O hipotonji aparatu ściegnistego w spondylolisthesis.* M. VOLTERRA. Min. Med. Nr. 1. 1935.

W pięciu przypadkach *spondylolisthesis* autor stwierdził hipotonję więzadeł, zwłaszcza w okolicy stawu biodrowego. Autor sądzi, że w powstawaniu tej sprawy chorobowej obok czynnika kostnego, znaczną rolę odgrywa wiotkość więzadeł okolicy 5-go kręgu lędźwiowego, która umożliwia wykształcenie *spondylolisthesis* ze *spondylolisis*. *Mester* (Kraków).

**Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.**

*Trombocyty we krwi ciężarnych, rodzących, położnic i noworodków.* B. KOPALEJSZWILI. Ginek. i Akusz. Nr. 5. 1934.

Ilość trombocytów jest zwiększona w I połowie ciąży i wzrasta w miarę dalszego rozwoju ciąży. W II połowie ciąży wzrost tr. jest jeszcze znaczniejszy, przyczem wahania są bardzo znaczne w poszczególnych przypadkach, zależnie od okresu ciąży (przeciętnie 442.000, min. 234.000, maks. 928.000). Z początkiem porodu ilość tr. jest zwiększona, w miarę postępu czynności porodowej zmniejsza się, pozostając jednak większą w porównaniu z normą, (przeciętnie 271.000, min. 90.000, maks. 451.000). W pierwszych dniach prawidłowego połogu ilość tr. jest zmniejszona, stopniowo narasta i wraca do normy. Położnice, u których połóg przebiegał z podwyższoną ciepłotą, ale ilość tr. była zwiększona, wszystkie wróciły do zdrowia. U noworodków przeciętna ilość tr. wynosiła 118.400, a krzepliwość krwi okazała się obniżoną. Autor przypuszcza, że zwiększenie ilości tr. w czasie ciąży pozostaje w związku z czynnością dwóch nowych gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem: ciałka żółtego ciążowego i łożyska. Stwierdzono doświadczalnie, że wyciąg ciałka żółtego wprowadzony do organizmu powoduje wzrost trombocytów. W II połowie ciąży łożysko prawdopodobnie kontynuuje funkcje ciałka żółtego. Nagły spadek tr. w czasie porodu zwiastuje krwotok atoniczny.

*M. Segal* (Lwów).

*Puchlina brzuszna mleczowa (ascites chylosus) przebiegająca w formie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.* J. SYNEK. Čas. Lék. Česk. Z. 6. 1934.

Autor opisuje przypadek puchliny brzusznej mleczowej, przebiegający pod postacią ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. 19-letni robotnik po 4 dniach trwających, nieokreślonych bólach w jamie brzusznej przywieziony został na Klinikę Chirurgiczną prof. Petrivalskiego w Bernie. W czwartym dniu bóle umiejscowiły się głównie w prawem podbrzuszu. Przy operacji stwierdzono puchlinę brzuszną mleczową z nieznanej przyczyny. Autor przypuszcza, że przyczyny szukać należy w gruźliczem schorzeniu chłonnego układu okolicy *ileocoecalis*.

*Ungar* (Lwów).

*O praktycznem zastosowaniu cybalginy w postaci czopków* [1]. H. LAMPENSCHERF. Fortschritte der Therapie, lipiec 1934.

Według badań Pflieger'a cybalgina, stosowana w małych dawkach, oddaje duże usługi przy zwalczaniu bólów stałych i występujących napadowo. Dotychczas znana była ona jedynie w postaci tabletek, kropel oraz zastrzyków domięśniowych. W wypadku, gdy podawanie doustne nie było dostatecznem, a z drugiej strony forma zastrzyków sprawiała kłopot, okoliczności te ograniczały możliwość jej zastosowania. W ostateczności musiano podawać czopki z morfiną, co znów pociągało za sobą skutki ubocznego działania tejże.

Z powyższych względów autor przyjmuje z zadowoleniem pojawienie się w czopkach cybalginy, która nie wpływa szkodliwie ani na oddech, ani też na czynność przewodu pokarmowego. Podawana *per rectum* działa o wiele energiczniej i szybciej, aniżeli *per os*.

Autor stosował czopki z cybalginą w dużej liczbie przypadków u chorych po zabiegach brzusznych i przy zapaleniu przydatków. Wyniki były bardzo dobre: w 15—20 minut po użyciu bóle zmniejszały się wybitnie, mijał niepokój pacjentek, które zasypiały.

Na podstawie swych licznych doświadczeń dochodzi autor do wniosku, że cybalgina w czopkach nadaje się przedewszystkiem dla przypadków pooperacyjnych i może w zupełności zastąpić morfinę oraz inne alkaloidy, nie zwiększając, w przeciwieństwie do nich, już istniejącego niedowładu jelit.

*W. Kurowski* (Warszawa).

*Postępowanie w celu usunięcia porażenia oddechu w znieczuleniu lędźwiowem.* O. ZELLER. Zblt. f. Chir. Nr. 32. 1934.

Znieczulenie lędźwiowe, mimo swych wieloletnich prób i udoskonalenia, ciągle jeszcze przedstawia niebezpieczeństwa. W cięższych operacjach przy wysokiem znieczuleniu płyn znieczulający unosi się ku górze, powodując porażenie ośrodka oddechowego i naczynioruchowego. Wprowadzony przez Kirschnera roztwór perkainy, który nie miesza się z płynem mózgowordzeniowym i jest lżejszy od niego, zaś cięższy od powietrza, wywołał 3-krotnie porażenie oddechu na 1000 przypadków znieczulenia.

---

[1]) W Polsce niema gotowych czopków w handlu. Można je zapisywać w receptach *magistraliter*. (Dop. tłum.).

2 chorych uratowano sztucznem oddychaniem, jedna kobieta zmarła na stole operacyjnym. Jeśli występuje katastrofalny spadek ciśnienia, albo grozi porażenie oddechu, należy starać się usunąć płyn rdzeniowy z przestrzeni podpajęczynówkowych a jednocześnie uzupełnić jego brak przez wstrzyknięcie 0.2% hipotonicznego roztworu soli kuchennej.

W doświadczeniu na kozie, po dwukrotnem wstrzyknięciu 10 cm³ 5% roztworu nowokainy wystąpiło porażenie oddechu oraz wszystkich ośrodków nerwowych. Usunięto wówczas cały płyn mózgowo-rdzeniowy przez wpompowanie acetylenu, braki płynu uzupełniono infuzją hipotonicznego roztworu soli kuchennej i zwierzę udało się uratować.

*Dr. Fr. Sienicki* (Warszawa).

*W sprawie rozpoznania rentgenowskiego ciąży mnogiej.* S. REJNBERG, E. PAWŁOWA, R. LEWIN. Centr. Med. Żurn. T. XIV. 4. 1934.

Na 181 przypadków z rozpoznaniem klinicznem bliźniąt Roentgen potwierdził rozpoznanie tylko w 61 przypadkach. Zdjęcia wykonywano najmniej 2 razy we wzajemnie krzyżujących się płaszczyznach. Rozpoznanie jest pewne w razie stwierdzenia podwójnej ilości części jednakowych. Nie należy przywiązywać większej wagi do położenia płodu, gdyż dość często i łatwo może ulec zmianie. *M. Segal* (Lwów).

*Naczynia chłonne trzonu macicy.* JACQUES LEVEUF i H. GODARD. La Presse Médicale. Nr. 19. 1934.

Na podstawie doświadczeń na zwłokach i spostrzeżeń w przypadkach ropni w przymaciczach i raka trzonu macicy stwierdzili autorzy, że odprowadzające naczynia chłonne trzonu macicy przebiegają wzdłuż tegoż i łączą się na wysokości cieśni z naczyniami odprowadzającemi szyjki, by razem ujść do gruczołu chłonnego znajdującego się między żyłą biodrową zewnętrzną a nerwem zasłonowym. Gruczoł ten nazywają autorzy ze względu na jego ważność gruczołem głównym. Dotychczas opisywaną drogę naczyń chłonnych, przebiegającą wzdłuż tętnicy jajnikowej uważają autorzy za dodatkową. *Z. Rychlowski* (Lwów).

*Wartość reakcji źrenic dla diagnozy ciąży.* SPITZER. Zblt. f. Gyn. 48. 1934.

Metoda ta podana przez Berkowitza z Nowego Jorku polega na wkropleniu do oka ciężarnej surowicy z jej krwi, przyczem następuje w razie ciąży zwężenie źrenicy.

Pozytywne rezultaty otrzymał Berkowitz w 84.7%, Gordon i Emmer w 64.44%, Maneghini i Duc w 90%.

Autor próbował tej reakcji w 35 przypadkach ciąży, 7 przypadkach ciąży pozamacicznej i tylko w jednym przypadku miał wynik pozytywny, wobec czego nie uważa tej próby za klinicznie użyteczną. *T. Gizowski* (Lwów).

*Czy eklampsja jest alergiczną chorobą?* JEGOROW. Zblt. f. Gyn. 48. 1934.

W zatruciach ciążowych nie można znaleźć swoistych zmian w płodzie, płód jest normalny, dlatego nie należy mówić o zatruciu ciężarnych.

Przyczyną eklampsji jest alergja ciężarnych, których ustrój pomału uczula się w stosunku do rosnącego płodu. Normalnie uczulanie to nie przekracza granic fizjologicznych, ponieważ przeciwdziała mu odporność ustroju matczynego. Jeśli odporność ta jest mała, rozwija się stan alergiczny, jako objawy wymioty, obrzęki, *nephropathia* czy też eklampsja.

Wszystkie objawy eklampsji są następstwem alergji.

*T. Gizowski* (Lwów).

*Przebieg naczyń chłonnych macicy.* CANELA LAZARO. La Presse Médicale. Nr. 76. 1934.

Autor opiera się na 130 preparatach anatomicznych uzyskanych z 75 zwłok. Płyn kontrastowy wstrzyknięty do szyi macicy ukazywał się w 62 przypadkach jedynie w grudkach chłonnych środkowego pnia splotu biodrowego zewnętrznego, a tylko 24 razy w samym pniu wewnętrznym. W reszcie przypadków wędrował płyn wstrzykiwany do obu wspomnianych pni lub też oprócz tego bądź do pnia zewnętrznego bądź wprost do splotów dalszych. Ogółem pojawił się płyn kontrastowy 93 razy w pniu środkowym splotu biodrowego zewnętrznego a tylko 47 razy w pniu wewnętrznym. Naczynia chłonne ciała macicy przebiegają zależnie od okolicy, w której powstają: naczynia pochodzące z dna biegną zazwyczaj wzdłuż tętnicy jajnikowej do grudek splotu tętnicy głównej; naczynia biorące swój początek w dolnej części ciała macicy łączą się z naczyniami chłonnemi szyi macicy w grudkach splotu biodrowego zewnętrznego. Stwierdzono również obecność pnia przebiegającego po bokach macicy i łączącego układ naczyń chłonnych szyi i ciała macicy. Chłonka płynie w tym pniu w kierunku od dna macicy do szyi. Nastrzykanie tych naczyń od strony szyi niezawsze się udaje i jest możliwe tylko pod silnem ciśnieniem. *Zb. Rychlowski* (Lwów).

*Patogeneza i leczenie krwawień macicznych w okresie przekwitania.* CLAUDE BÉCLÈRE. La Presse Médicale. Nr. 76. 1934.

Na podstawie statystyki Quénu i własnej, obejmującej 100 przypadków, dochodzi autor do wniosku, że tylko jedna trzecia przypadków krwawień macicznych w okresie przekwitania powstaje na tle zmian anatomicznych macicy lub trąbek, dwie trzecie zaś mają za przyczynę zmiany czynnościowe jajnika, są więc pochodzenia hormonalnego. Klinicznie cechują te krwawienia trzy zasadnicze objawy: Nagłość występowania krwawień u osoby, która dotychczas miesiączkowała prawidłowo. Utrzymywanie się krwawienia przez 8 dni do 6 tygodni, wreszcie przerwy między krwawieniami trwające do trzech miesięcy. Zaburzenia tego rodzaju stanowią zdaniem autora osobną jednostkę chorobową, którą nazywa krwawieniami czynnościowemi okresu przekwitania. Przed postawieniem takiego rozpoznania trzeba jednak wykluczyć zmiany anatomiczne przez uprzednie wykonanie uterografji i badania drobnowidzowego wyskrobin. Leczenie polegać będzie w przypadkach lżejszych na zastosowaniu środków farmakologicznych, w cięższych zaś na kastracji promieniami Roentgena lub radu.

Uderzającym jest fakt, że a. nie wspomina nic o leczeniu hormonalnem (przyp. ref.). *Zb. Rychlowski* (Lwów).

*Leczenie krwawień macicznych folikuliną.* W. KONSTANTINOW. M. MITLIN. Żurn. Akusz. i Żensk. Bol. T. XLV. 6. 1934.

Folikulina nie znalazła dotychczas szerszego zastosowania w leczeniu krwawień macicznych, dlatego że wg. najbardziej przyjętych zapatrywań krwawienia maciczne są wynikiem wzmożonej funkcji inkretologicznej jajnika.

A. zastosował folikulinę w 47 przypadkach krwawień macicznych rozpoznanych jako *metropathia haemorrhagica*, krwawienia w związku z zapaleniem przydatków, krwawienia po urazie i niewyjaśnionego pochodzenia. Wstrzykiwano po 40 j. m. 2 razy dziennie. Efekt uzyskiwano po 5—6 injekcjach. Tylko w 8 przypadkach krwawienie nie ustało i wykonano wyłyżeczkowanie. Na czem polega dodatni wynik leczenia krwawień macicznych folikuliną, trudno powiedzieć. Nie jest wykluczone, że trwały skurcz mięśnia macicy i wzmożone jego napięcia pod wpływem folikuliny przyczyniają się do wstrzymania krwawienia. Przemawiałyby za tem obserwacje a., że po wstrzyknięciu folikuliny pacjentki odczuwały bóle kurczowe w dole brzucha. Jednakże podobne tłumaczenie jest zbyt jednostronne i ograniczone do działania tylko miejscowego. Możliwe, że w pewnej fazie *folliculus persistens* produkuje nadmiar hormonu, powodujący nadmierny rozrost błony śluzowej macicy. Nadmierny rozrost błony śluzowej przy wysokiem mianie folikuliny nie powoduje zaburzeń, gdyż istnieje równowaga pomiędzy sekrecją jajnika i błony śluzowej macicy. W pewnym okresie jednak wysoki poziom folikuliny zaczyna się obniżać. Pozostaje on wysokim w porównaniu do normy (stan hiperhormonalny), jednakże w stosunku do przerosłej błony śluzowej jest to stan hipohormonalny. Korzystne zatem działanie wprowadzonej folikuliny w tym okresie polega na chwilowem uzupełnianiu stopniowo zmniejszających się zasobów hormonu i umożliwieniu przystosowania się błony śluzowej macicy do nowych warunków inkretologicznych. Możliwym jest również wpływ folikuliny na wzmożenie krzepliwości krwi.

Opisane są zresztą pomyślne wyniki leczenia krwawiączki wszczepieniami jajnika i wyciągami z jajników.

Badania kontrolne a. nie wykazały większego wpływu folikuliny na krzepliwość krwi. *M. Segal* (Lwów).

*Anaemia pseudoperniciosa jako toksykoza ciążowa.* P. TOŁSTOW. Żurn. Akusz. i Żensk. Bol. T. XLV. 6. 1934.

Nazwą *anaemia pseudoperniciosa (a. p.)* określa a. postać niedokrwistości ciężarnych oznaczonej przez innych aa. jako anemja ciążowa *(Graviditätsperniciosa)* wzgl. *haematopathia* (analogicznie do *nephropathia gravidarum)*. Obraz krwi i przebieg kliniczny nie odpowiadały anemji typu Biermera (Hb 10%, ciałek czerw. 820.000, indeks stale mniejszy od 1, brak form młodocianych i t. p.).

Wnioski: wczesne rozpoznanie niedokrwistości przy ciąży daje lepsze rokowanie i dlatego wskazanem jest przy badaniach ambulatoryjnych zwracanie uwagi na obraz krwi; w przypadkach podejrzanych na anemję ciążową należy badać sok żołądkowy. Przetaczanie krwi u ciężarnych wskazane jest w dawkach małych nieprzekraczających 200 cm³; dawki większe wywołują

burzliwy odczyn ze strony organizmu z podwyższeniem ciepłoty, co może ujemnie wpłynąć na ciążę. Przerwanie ciąży przy *a. p.* nie jest wskazane, gdyż *a. p.* rozwija się późno (nie wcześniej jak w V. mies. ciąży), a przebieg jest pomyślny. Sterylizacja stała lub czasowa na podstawie danych piśmiennictwa nie jest zalecana, gdyż przy następnych ciążach nawrotów nie obserwowano. Szmery i rozszerzenie granic serca są następstwem czasowej niedomogi czynnościowej serca. *M. Segal* (Lwów).

*Zasady leczenia hormonalnego braku miesiączki.* R. CZERTOK. Sow. Wracz. Gaz. Nr. 2. 1934.

Brak miesiączki może być objawem manifestującym szereg zaburzeń miejscowych i ogólnych; ze względu na różnorodność terapji hormonalnej możemy odróżnić kilka postaci braku miesiączki: 1) wskutek zmian błony śluzowej macicy przy normalnych jajnikach; 2) wskutek niedomogi przedniego płatu przysadki; 3) wskutek niedomogi jajników przy normalnej funkcji przedniego płatu; 4) wskutek nadczynności aparatu folikularnego; 5) z przyczyn natury ogólnej. Terapję hormonalną należy zastosować po dokładnem zanalizowaniu poszczególnego przypadku.

*M. Segal* (Lwów).

---

## RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

### Towarzystwo Lekarskie Krakowskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 12 grudnia 1934 roku.

Przewodniczący: Prezes Doc. Dr. Józef Szymanowicz.

Odczytano i przyjęto listę członków Komisji Przedwyborczej zaproponowaną przez Zarząd w osobach pp. Kol.:

Dr. Adamowicz Paweł, Dr. Ameisen Fryderyka, Dr. Bilikiewicz Tadeusz, Dr. Boczar Stanisław, Dr. Chłopicki Władysław, Dr. Ciećkiewicz Marjan, Dr. Eisele Henryk, Dr. Frommer Wiktor, Dr. Godlewski Emil, Dr. Goldgart Leon, Dr. Habicht Kazimierz, Dr. Kaczyński Stanisław, Dr. Latkowski Józef, Dr. Łopaciński Michał, Dr. Maciąg Adam, Dr. Malkiewicz Zdzisław, Dr. Nowak Juljan, Dr. Nowicki Stanisław, Dr. Owsiński Józef, Dr. Piotrowski Tymoteusz, Dr. Reiner Otmar, Dr. Sikorska Aurelja, Dr. Stryjeński Władysław, Dr. Surzycki Józef, Dr. Szancenbach Jan, Dr. Szwarcbart Adolf, Dr. Topolnicki Józef, Dr. Wachholz Leon, Dr. Zieliński Marcin, Dr. Malinowski Alojzy.

Na przewodniczącego zaproponowano najstarszego wiekiem p. Dra Surzyckiego Józefa.

Kol. Wilczek (gość T-wa) przedstawił z Kliniki Okulistycznej U. J. *kilka przypadków operacyjnie wyleczonego oderwania siatkówki.*

*W dyskusji* zabierali głos: prof. Majewski i płk. Rosenhauch, *w odpowiedzi* kol. Wilczek.

Kol. Karasiński wygłosił wykład p. t.: *„Walka z gruźlicą wśród młodzieży"* (Przeznaczone do druku w całości).

*W dyskusji* zabierali głos: kol. Liwszyc, prof. Latkowski, Doc. Szymanowicz, oraz *w odpowiedzi* kol. Karasiński.

Kol. Rychlicki przedstawił z Kliniki Lekarskiej U. J. przypadki: 1) *kamicy nerkowej,* 2) *dwa przypadki uchyłków dwunastnicy* i 3) *przypadek raka płuc.*

Sekretarz: *Dr. Stefan Schwarz.*

### Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Protokół posiedzenia w dniu 30 maja 1934 r.

1. Kol. Neumark *przedstawił* 4 przypadki postępującego zapalenia zanikowego skóry *(Akrodermatitis atrophicans Herxheimer)* w różnych okresach cierpienia. W 3 przypadkach umiejscowienie zmian chorobowych na wyprostnej stronie jednego lub dwóch przedramion, w jednym przypadku również na grzbiecie prawej ręki, w jednym zaś jednocześnie i na podudziach. Zaznaczyć należy obecność guzów powrózkowato pod skórą ułożonych wzdłuż krawędzi kości łokciowej w 2 przypadkach.

Następnie kol. Neumark *przedstawił* przypadek twardziny różnopostaciowej skóry *(Sclerodermie en bande et zoniforme, morphea guttata et en plaque).* Należy zwrócić uwagę na wybitne zmiany zanikowe tkanki podskórnej i mięśni w tym przypadku.

2. Kol. J. Itelson *przedstawił* przypadek poliglobulji *(Polycythaemia vera).* Mężczyzna lat 45. Od pół roku czuje się osłabiony, cierpi na bóle głowy, ogólne niedomaganie, zniechęcenie do pracy. Twarz czerwono-miedziana. Wątroba i śledziona duża. Ilość krwinek czerwonych 6,600.000. Hemoglobiny 120%. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na obecność bezsoku żołądka.

*W dyskusji* nad pokazem zabierali głos kol. Frenkiel i prelegent.

3. Kol. Lewenfisz *przedstawił* przypadek choroby Basedowa, wyleczony naświetlaniem okolicy nadnerczy.

J. B., lat 35, zamężna, z zawodu robotnica fabryczna. W lipcu 1933 r. zaczęła odczuwać zawroty głowy, ogólne osłabienie, brak łaknienia, nogi i ręce mdlały, w lewym boku klatki piersiowej bóle kłujące „na wylot". Leczyła się ambulatoryjnie. Otrzymała 36 zastrzyków arszenikowych, bez poprawy. Cztery porody, dwa poronienia. Dzieci wątłe. Przebywała w szpitalu; wypisana z rozpoznaniem: *thyreotoxicosis.* W październiku ub. roku skierowana do naświetlania Roentgenem.

Tętno miarowe. *Exophthalmus.* Möbius, Graefe — dodatni. Płat środkowy i prawy tarczycy powiększony, konsystencji twardawej. Nad tętnicą płucną lekki podmuch skurczowy oraz drugi ton kłapiący. Roentgen: serce niepowiększone, o wyraźnie zaokrąglonej lewej komorze i chybkich ruchach. Przestrzeń pozasercowa wolna. Aorta nierozszerzona. *Status subfebrilis.* Przemiana spoczynkowa + 33%; O. B. = 200'. Mocz bez zmian. Wassermann ujemny. Waga 63 kg (przed chorobą 85 kg).

Otrzymała 3 serje naświetlań okolic nadnerczy z przerwami 2—4 tygodniowemi; ostatnia serja w pierwszej połowie stycznia r. b. Od tego czasu stan chorej znacznie się poprawił, przybrała na wadze 7 kg. Czuje się zupełnie dobrze. Pracuje obecnie 12 godzin na dobę. Dobrze sypia (przedtem bezsenność). Wypadanie włosów, które przed leczeniem było bardzo silne, ustąpiło zupełnie. Wytrzeszcz gałek ocznych minimalny. Tętno 76/min. Tony serca czyste. Prześwietlenie serca nie wykazuje ruchów chybkich. Przemiana spoczynkowa + 4%. Badanie kliniczne nie wykazuje objawów tyreotoksycznych. Zaznaczam, że pacjentka żadnych leków poza naświetlaniem nie brała. Jodu nie znosi.

4. Następnie kol. Lewenfisz *przedstawił* dwa przypadki „chromania przystankowego" *(claudicatio intermittens),* leczone naświetlaniem rentgenowskiem okolic nadnerczy i splotów brzusznych.

1) Ch. E. lat 53. W kwietniu 1933 roku wystąpił ból w obu kończynach dolnych przy chodzeniu, co zmuszało pacjenta do zatrzymywania się. Z początkiem ubiegłej zimy zaczął odczuwać ziębnienie w prawej stopie, czasami nawet do wysokości prawej goleni. Później wystąpiło jakby uczucie kłucia szpilką na grzbiecie prawej stopy. W lutym b. r. stan pogorszył się do tego stopnia, że pacjent musiał się zatrzymywać podczas chodzenia co 2—3 minuty, przyczem występował silny ból prawej goleni. Również zaczął odczuwać ból w słabszym stopniu w lewem podudziu. Pozatem uczucie mrowienia w stopie prawej.

Od roku leczy się na cukrzycę; ilość cukru w moczu 3,25%, we krwi około 2‰. Pozatem w moczu białko 0,07‰, w osadzie wałeczki szkliste, pojedyncze, co kilkanaście pól widzenia. Ciśnienie krwi (Boulitte) 180/85. Odruchów patologicznych nie stwierdza się. Dno oczu normalne. Brak oscylacji na podudziach; tętnice grzbietowe stóp niewyczuwalne. Stopy sine, zwłaszcza palce stopy prawej.

Otrzymał dwie serje naświetlań okolic nadnerczy i osiem naświetlań na ścianę brzuszną.

Obecnie mrowienie i parzenie w stopach prawie ustąpiło zupełnie. Odbywa marsze nawet 2—3 kilometrowe bez zatrzymywania się. Gdy się bardzo spieszy, odczuwa minimalne skurcze, które jednak nie zmuszają pacjenta do zatrzymywania się. Ciśnienie po naświetlaniach zmniejszyło się do 140/75. Zasinienie na stopach ustąpiło. Cukromocz i przecukrzenie krwi pozostały bez zmiany, oscylacje na podudziach są nadal równe zeru; tętnic grzbietowych stóp nie wyczuwa się.

Również dodać muszę, że w styczniu b. r. pacjent przechodził kurację insulinową i acekolinową, które nie dały żadnego efektu.

2) K. B. lat 64. We wrześniu 1931 roku zaczął odczuwać drętwienie stopy lewej, później wystąpiły kurcze w lewem podudziu, które występowały podczas chodzenia i zmuszały go do przystawania. W styczniu 1933 roku zaczął odczuwać „parzenie" na obu podeszwach i wystąpiły kurcze w prawem podudziu, choć wogóle słabsze, niż w lewem. Od kwietnia 1933 r. kurcze w lewej łydce występowały również i w nocy podczas snu, budząc chorego. Często miewał „kłucia" w palcach lewej nogi, szczególnie w ostatnich trzech palcach, które występowały w takiem natężeniu, że robiły wrażenie, jakgdyby ktoś do krwi kłuł szpilkami. Trwało to do 20 minut, pacjent obnażał stopę i wtedy po pewnym czasie ból ustępował.

Brak odruchów patologicznych. Odczyn Wassermanna we krwi ujemny; mocz bez zmian (podaje, że przechodził kiedyś cukrzycę). Ilość cukru we krwi — norma (0,93‰), Boulitte — 225/120. Dno oczu: oko lewe = *chorioido-retinitis pigmentosa* naokoło plamki żółtej; oko prawe = początek tego samego schorzenia, co w oku lewem. Krótkowzroczność. Badanie oscylacji na obu podudziach oscylometrem Pachon'a wykazuje oscylacje minimalne o amplitudzie ½ przedziałki. Tętnice grzbietowe stóp niemacalne. Zasinienie znaczne stopy lewej, zwłaszcza palców, w mniejszym stopniu stopy prawej.

Otrzymał 4 serje naświetlań w okolicy nadnerczy oraz 12 naświetlań na ścianę brzuszną. Obecnie kurcze w łydkach ustąpiły zupełnie. „Parzenia" na podeszwach nie odczuwa. Przy odbywaniu nawet dalszych spacerów nie zatrzymuje się zupełnie (przedtem zatrzymywał się co 5—6 minut). Wpływu na ciśnienie krwi, oscylacje na podudziach naświetlania nie dały. Natomiast zasinienie na obu stopach ustąpiło niemal zupełnie. Dodać należy, że przed rozpoczęciem naświetlań brał w sierpniu ub. r. zastrzyki acekoliny bez żadnego wyniku.

*W dyskusji* zabierali głos kol. Banasz i prelegent.

5. Kol. A. Kunicki i K. Ściesiński wygłosili odczyt pod tytułem: *„Periarteriitis nodosa"*.

Kol. Kunicki omówił kliniczną stronę schorzenia, kol. Ściesiński omówił stronę teoretyczną i anatomo-patologiczną. Odczyt kol. Ściesińskiego był ilustrowany szeregiem preparatów drobnowidowych. (Praca ukaże się w druku).

*W dyskusji* nad odczytem zabierali głos kol. Klozenberg, Neumark, Frenklowa, Frenkiel, Lewenfisz i prelegenci.

Protokół posiedzenia w dniu 6. czerwca 1934 r.

1) Kol. A. Margolis wygłosił odczyt pod tytułem: *„Z kliniki marskości wątroby"*. (Praca ukaże się w druku).

*W dyskusji* nad odczytem zabierali głos kol. Frenkiel, Chrzanowski, Ściesiński i prelegent.

2) Kol. Chrzanowski i Ściesiński *omówili* przypadek *marskości wątroby zanikowej* w przebiegu gruźlicy.

Kol. Chrzanowski omówił stronę kliniczną przypadku, kol. Ściesiński stronę anatomo-patologiczną.

Protokół posiedzenia z dnia 21 czerwca 1933 r. w Szpitalu Anny-Marji.

1. Odczytano i przyjęto protokół posiedzenia z dnia 7 czerwca b. r.

2. Pokazy chorych:

Kol. Finklerówna: *„Zespół objawów niedokrwistości aplastycznej w przebiegu błonicy"*.

*W dyskusji:* Kol. Załęski nie jest przekonany, czy to była czynna błonica, czy tylko dziecko było nosicielem zarazków.

Kol. Mogilnicki zauważył, że obojętne jest, czy była to błonica czynna, czy inna infekcja, dość że wywołała ona tak poważne zmiany we krwi.

3. *„Gruźlica krwiopochodna u dzieci"*.

a) kol. Polakow: Omówienie patogenezy.

b) kol. Margolisowa: Postacie kliniczne ze szczególnem uwzględnieniem postaci płucnych. (Prace ukażą się w druku).

*W dyskusji* zabierali głos kol. Frenkel i kol. Ściesiński.

Sekretarz: *Dr. A. S. Tenenbaum.*

**Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.**

Protokół zebrania naukowego z dnia 17 stycznia 1934.

I. Odczytanie i przyjęcie protokółu z poprzedniego zebrania.

II. Pokazy:

1. Kol. Nasiłowski: Pokaz chłopca 7½-letniego *ze zmianami opłucnowemi przy przewlekłem zapaleniu nieswoistem płuc z rozstrzenią oskrzeli.*

Kol. Molicki uzupełnia kliniczne objawy przedstawionego przypadku.

2. Kol. Kotarski przedstawia pacjenta J. B., lat 54, portjera kopalni. Po 2-dniowej chorobie w domu, rozpoczynającej się od niezbornych ruchów rękami, znacznego przyćmienia umysłu, zaparcia, przywieziony został do szpitala w dniu 2. I. 1934 r. W 18 roku życia był chory przez niecałą dobę w letargu, stwierdzonym przez lekarzy. Chory prawie zupełnie nieprzytomny, niespokojny, włada kończynami, mówi, temperatura około 39°, tętno dobre. Po jednej dobie ataki kloniczne twarzy, rozpoczynające się od ruchów językiem i prawą górną kończyną. W następnym dniu bezwład paretyczny lewej połowy ciała ze zboczeniem języka w lewo, brak odruchów brzusznych od pierwszego dnia choroby, również brak odruchów kolanowych i stopowych. Zaburzenia przy oddawaniu moczu i kału, utrzymujące się najdłużej. W następnym dniu lewą górną kończyną włada, przeczulica mięśni barku i ramienia, częściowo uda. O dobę później zaczyna władać również i dolną kończyną, choć władza w tej kończynie znacznie wolniej wraca. Przytomność umysłu wróciła już po 3 dniach pobytu w szpitalu, a temperatura spadła do normy po 1 dniu. Odruchy kolanowe i stopowe stopniowo wracają wraz z władzą, ale zbaczanie języka trwa, brak jednak nadal odruchów brzusznych. Po 7—8 dniach chory przeszedł właściwie cały niemal okres chorobowy, gdyż już 10. I. sam chodzi, rozmawia normalnie, poznaje się na żartach i aluzjach. Dno oka normalne i odruchy zachowane, prawidłowe (Dr. Sokołowski). Wa i Meinicke ujemny. We krwi: leukocytów obojętnochłonnych 82%, kwasochłonnych 2%, przejściowych 1%, limfocytów dużych i małych 15% (Dr. Sztuka). Pobudliwość elektryczna mięśni z lewej strony nieco słabsza, niż z prawej. Mocz normalny. Po wykluczeniu dla braku dostatecznych objawów, cierpień, jak jamistość rdzenia, stwardnienie rozsiane, mocznica, histerja, włośnica mózgu oraz zapalenie mózgu hemoragiczne, należy przypuszczać wylew krwawy nieco poniżej dna IV komory około lewego jądra nerwu podjęzykowego w najbliższem sąsiedztwie górnego jądra nerwu błędnego przy podrażnieniu pęczka piramidalnego. Przyczyną najprawdopodobniej *aneurysma miliare rami communic. art. basilaris cerebri.* Niewykluczone jednakże współistnienie początku stwardnienia rozsianego na zasadzie trwającego braku odruchów brzusznych.

3. Kol. Lipski Kl.: przedstawia a) kobietę, lat 29, *po operacji raka żołądka.*

b) 2 przypadki *po urazie czaszki z implantowaniem odłamków.*

c) *Przypadek załamania czaszki w okolicy ciemieniowej z objawami Jacksona, operowany z wynikiem dobrym.*

d) *Przypadek urazu czaszki z następczą asymetrją połowy twarzy.*

*W dyskusji:* Kol. Trawiński podnosił długość gojenia się transplantatów oraz możliwość resorbcji i sekwestracji.

4. Kol. M. Trawiński przedstawia:

a) *pacjenta z ostrem zapaleniem trzustki i ropniem następowym, operowanego z wynikiem pomyślnym.*

b) *Przypadek złamania przystawowego obu kostek, leczony z wynikiem dobrym.*

c) *Przypadek złamania przystawowego ze zwichnięciem tylnem.*

d) *Przypadek złamania kości miednicy w kilku miejscach ze zwichnięciem stawu biodrowego.*

5. Kol. Suchodolski donosi o śmierci honorowego członka Towarzystwa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego Dra Karola Rożkowskiego z Częstochowy, którego pamięć uczczono przez powstanie.

6. Kol. Bieńkowski omawia *przypadek ropowicy moszny, wywołany pałeczką okrężnicy.*

7. Kol. Leon Wierzbicki demonstruje *preparat macicy z włókniako-mięśniakiem ze znacznemi zmianami wstecznemi.*

8. Kol. Konopkówna pokazuje *preparat oka, wyjętego spowodu cysticercus cellulosae.*

Sekretarz: *Dr. F. Sztuka.*
Prezes: *Dr. K. Suchodolski.*

---

## WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

*Odznaczenia i wiadomości osobiste.*

Prof. Dr. Paweł Gantkowski z Poznania obchodził 27 lutego b. r. 40-lecie pracy zawodowej.

Prof. Dr. B. Koskowski został mianowany członkiem Komisji historji medycyny i nauk matematyczno-przyrodniczych Polskiej Akademji Umiejętności.

*Zmarli.*

Dr. Antoni Górnicki zmarł w Lubartowie w wieku 56 lat.

*Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.*

XII posiedzenie naukowe Lwowskiego Tow. Lekarskiego odbyło się dnia 5 kwietnia 1935. Porządek dzienny: 1. Kol. Hipp, gość: Przypadek skrętu sieci (demonstr.). 2. Kol. Mierzecki: Zawód a skóra (wykład).

Posiedzenie Naukowe Tow. Lek. Warszawskiego odbyło się dnia 2 kwietnia 1935 r. 1. Tarnawski W. (Kosów): O środkach leczniczych stosowanych w Zakładzie Dra Tarnawskiego w Kosowie. 2. Goebel Fr. i J. M. Miller: Usunięcie śledziony a układ siateczkowo-śródbłonkowy. 3. Zahorski W.: Wpływ hormonów na fagocytozę.

Polski Komitet III Międzynarodowego Zjazdu Patologji Porównawczej, mającego odbyć się w kwietniu 1936 r. w Atenach, został wybrany w następującym składzie: I sekcja: prof. dr. Marjan Franke — Lwów, ul. Piekarska 52, Zakład Patologji Ogólnej i Dośw. Prof. dr. Kazimierz Pelczar — Wilno, Zakretowa 5, Zakład Patologji Ogólnej. II sekcja: prof. dr. K. Łopatyński — Warszawa, Grochowska 70, Oddz. Med. Weteryn. U. W. i prof. dr. Juljusz Nowak — Kraków, Wyspiańskiego 4. III sekcja: prof. dr. Józef Trzebiński — Wilno, Obwodowa 2, Zakład Botaniki i prof. dr. Wincenty Siemaszko — Warszawa, Hoża 74, Zakład Fytopatologji Głównej Szkoły Gospodarstwa Wiejskiego. — Tematami Zjazdu są dla I sekcji: nefrozy, amylozy, echinokokozy, awitaminozy. Dla II sekcji: echinokokozy, spirochetozy, leishmanjozy. Dla III sekcji: odporność u roślin. Przewidziane są wycieczki okrętem z Wenecji do Pireus, zwiedzenie licznych miejscowości w Grecji, klasztorów na górze Athos i t. p. Udział w Zjeździe kosztuje 100 fr. fr., dla osób towarzyszących 50 fr. fr. Koszty podróży będą podane później. Informacyj udziela prof. dr. A. Codounis, ul. Didoton 40, Ateny, pozatem członkowie Komitetu Polskiego i prof. dr. Wacław Moraczewski — Lwów, Kleinowska 7. Referaty należy zgłaszać do 1 sierpnia 1935 r.

Międzynarodowy Kongres Antropologji kryminalnej odbędzie się w Rzymie w październiku b. r. Kongres zorganizuje *Société Française de Protilaxie Criminle i Società di Antropologia e Psicologia Criminale.* Prezesem został wybrany prof. dr. Di Tullio.

XV Międzynarodowy Kongres Fizjologów odbędzie się w Leningradzie i Moskwie od 9—17 sierpnia b. r. W skład Komitetu Organizacyjnego wchodzą: I. P. Pawłow, L. A. Orbeli, A. W. Palladin, I. S. Beritoff, L. N. Fedorow, G. W. Wolborth i Ch. S. Koschtojanc. Dnia 16 sierpnia nastąpi wyjazd do Moskwy, gdzie niastępnego dnia odbędzie się zamknięcie Kongresu. Dnia 18 sierpnia zwiedzenie Moskwy i okolic. Staraniem Komitetu organizacyjnego i Towarzystwa „Intourist" urządzone będą dla uczestników Kongresu liczne wycieczki. Poszczególne wycieczki przedstawiają się następująco: 1) wycieczka — zwiedzenie Leningradu i Moskwy, kosztuje w I klasie 110 rubli. w II klasie 77 rubli w złocie; 2) wycieczka — zwiedzenie Leningradu, Moskwy i podróż do Sow. Rep. Ukraińskiej, kosztuje 160 lub 126 rubli w złocie; 3) wycieczka — zwiedzenie Leningradu, Moskwy, Sow. Rep. Ukr., Krymu — kosztuje 180 lub 147 rubli w złocie; 4) wycieczka — zwiedzenie Leningradu, Moskwy, Sow. Rep. Ukr., podróż Wołgą, kosztuje jak trzecia; 5) wycieczka — zwiedzenie Leningradu, Moskwy, podróż na Kaukaz i Krym, kosztuje 236 lub 203 rubli w złocie; 6) wycieczka — zwiedzenie Leningradu, Moskwy, miejscowości kąpielowych i klimatycznych w U. R. S. S. (Kaukaz, Krym). kosztuje 215 lub 182 rubli w złocie. Ceny te oznaczają koszty podróży i pobytu (dla klasy I: pokój z kąpielą i 4 posiłki dziennie, dla klasy II: pokój nie oddzielny, lecz na dwie osoby i 3 posiłki dziennie).

Szczegóły podróży i wycieczek podaje „Orbis", Warszawa, Marszałkowska 98 i „Intourist", Warszawa, Kozikowa 4.

*Różne.*

Z kraju.

Uzdrowiska państwowe postanowiły obniżyć taksy kuracyjne i opłaty za kąpiele i inne zabiegi lecznicze. Śladem uzdrowisk państwowych poszły uzdrowiska prywatne.

Sekcja Naukowa przy Warsz. Tow. Farmaceutycznem przystępuje do akcji badania stanu sanitarnego wody w Polsce.

Instytut Higieny Psychicznej ma korzystać z subwencji amerykańskiej fundacji naukowej Rockfellera.

Prof. Dr. B. Hryniewiecki radzi nazywać owoc zwany z angielska „grape fruit" pompelą. (Przewodnik Językowy. Nr. 9. 1934).

Do konkursu na stanowisko ordynatora Oddziału Chorób Skórnych i Wenerycznych w Szpitalu Żydowskim w Warszawie stanęło dwu lekarzy z Warszawy i dr. Goldschlag ze Lwowa.

W pierwszych dniach kwietnia b. r. otwarto pierwsze sanatorjum Ligi Szkolnej Przeciwgruźliczej w Świdrze, przeznaczone dla chłopców zagrożonych gruźlicą.

Francja.

Studenci medycyny w Paryżu żądają uregulowania kwestji lekarzy-obcokrajowców we Francji.

Akademja Medycyny w Paryżu wybrała na swego członka prof. A. Meyera, b. profesora w Strassburgu, a obecnie profesora w „College de France", chemika, znanego z licznych prac nad gazami bojowemi.

Nadzwyczajnymi członkami Akademji Medycyny w Paryżu zostali dwaj cudzoziemcy, w miejsce Ramona y Cajala i César Roux, M. Johansson (Stockholm) i L. Moynihan (Leeds).

We Francji w ostatnich miesiącach szerzyła się w zastraszający sposób grypa.

Szwecja.

Niepokojący objaw wynarodowiania się w Szwecji wywołał w sejmie szwedzkim swój odgłos. Zaobserwowano bowiem znaczny spadek urodzin spowodu b. częstego przerywania ciąży u kobiet szwedzkich. W r. 1933 liczba urodzin spadła w porównaniu z r. 1921 o przeszło 1/3. Wedle obliczeń liczba ta w r. 1940 spadnie do połowy w porównaniu z r. 1921. M. Tryger, referujący tę sprawę, wzywa rząd do zajęcia się kwestją małżeństw i urodzin.

Włochy.

Dzień lekarski na Targach w Medjolanie. Z okazji tegorocznych Targów w Medjolanie, dzień 25 kwietnia b. r. poświęcony jest medycynie. *„Accademia Medica Lombarda"* urządza w tym dniu międzynarodowy zjazd lekarski, na którego posiedzeniach pod przewodnictwem prof. Piccini'ego, dyskutowane będą ostatnie zdobycze terapji lekarskiej ze szczególnem uwzględnieniem „fal krótkich".

We Włoszech jest obecnie żywo omawiana sprawa służby sanitarnej w międzynarodowych pospiesznych pociągach dalekobieżnych, a to celem większego zabezpieczenia podróżnych i celem zajęcia wielu lekarzy. W każdym dalekobieżnym pociągu byłby wagon z oddziałem radjologicznym, klinicznym i t. p., w którym byliby czynni dyżurujący lekarze. Taką myśl poddała prasa włoska i propaguje ją na terenie międzynarodowych towarzystw kolejowych. (Santo Vanasia).

*Redakcja otrzymała.*

*Start.* Dwutygodnik ilustrowany poświęcony wychowaniu fizycznemu kobiet, sportom i higjenie. Z. 1—2. 1935.

*H. Higier:* W sprawie patologji układu nerwowego i psychopatologji wśród Żydów słów kilka. Odb. z „Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego". Nr. 43—45. 1933.

*H. Higier:* Z dziedziny przewlekłych zachorzeń naczyń obwodowych wieku młodzieńczego i męskiego. Odb. z „Nowin Lekarskich". Z. 9. 1932.

*H. Higier:* Neurologja i neurochirurgja wczoraj a dzisiaj. (Istota, zasady, cele, zadania i kierunki). Odb. z „Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego". Nr. 3—4. 1935.

*K. Wiślański:* Szyszynka, jako gruczoł wydzielania wewnętrznego i próby zastosowania leczniczych jej własności w położnictwie i w chorobach kobiecych. Cz. I, II, III. Odb. z „Ginekologji Polskiej". T. XIII. Z. 1—3, 4—6 i 7—9. 1934.

*W. Jastrzębski:* Powody reorganizacji lecznictwa ubezpieczeniowego. Odb. z „Echa Społecznego". Nr. 2. 1935.


| CENY OGŁOSZEŃ | 1/1 | 1/2 | 1/4 | 1/8 | 1/16 |
|---|---|---|---|---|---|
| okładki i w tekście miejsca zastrzeżone | zł 220.— | zł 120.— | zł 65.— | zł 35.— | — |
| Inne strony . . . . . . . . . . | zł 180.— | zł 100.— | zł 55.— | zł 30.— | zł 20.— |

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . . . . . . . . . zł 14.—

zagranicą . . . . . . . . . . . zł. 20.—

*Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.*